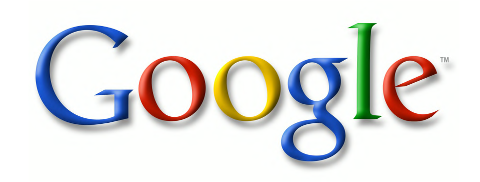



LANE
MEDICAL
SEAL OF THE LELAND STANFORD JUNIOR UNIVERSITY
1885
LIBRARY
LEVI COOPER LANE FUND

MANUEL ÉLÉMENTAIRE

DE

DERMATOLOGIE TOPOGRAPHIQUE

— RÉGIONALE —

PAR

R. SABOURAUD
Chef du laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis

AVEC 231 FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS
MASSON ET Cie, ÉDITEURS
LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1905



MANUEL ÉLÉMENTAIRE

DE

RMATOLOGIE TOPOGRAPHIQUE

— RÉGIONALE —

PAR

R. SABOURAUD

Chef du laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis

AVEC 231 FIGURES DANS LE TEXTE

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1905

AVERTISSEMENT

Un médecin étant placé devant une maladie cutanée qu'il ignore être la gale, on ne peut supposer comment il irait consulter dans les traités spéciaux l'article *Gale* plutôt qu'un autre.

Au contraire un médecin placé devant cette maladie cutanée constatera aisément ses localisations régionales; voyant sa prédominance aux mains, aux poignets, il consultera dans ce volume l'article *Poignet* qui a six pages, ou l'article *Mains* qui en a vingt et il y reconnaîtra sans peine le paragraphe concernant la maladie qu'il observe. Il y trouvera consignés son nom, ses caractéristiques essentielles, ce qu'on sait de sa nature et un résumé de son traitement. Et, s'il veut sur ce sujet de plus amples détails, il se reportera aux traités didactiques, pour étudier la gale en toutes les formes qu'elle peut affecter.

Ainsi, un tel ouvrage ne comporte pas seulement un article *Eczéma*, un article *Psoriasis*, un article *Impétigo*, etc., mais il comprend en outre un chapitre *Visage*, un chapitre *Main*, un chapitre *Jambe*, etc., où le lecteur trouvera étudiés les principaux types dermatologiques de chacune de ces régions.

Ce livre est donc un manuel de DERMATOLOGIE TOPOGRAPHIQUE, — RÉGIONALE. Il réalise dans l'étude des maladies cutanées, ce que représentent pour la botanique élémentaire les *Flores dichotomiques*, qui donnent le moyen de reconnaître une plante alors même qu'on la rencontre pour la première fois.

En fait, ce livre est un manuel pratique de dermatologie. Il n'a aucune prétention à être plus. C'est un livre d'étudiant à l'hôpital et de praticien dans son cabinet.

En opposition avec les gros volumes qui étudient une seule question sous toutes ses faces, celui-ci condense en 700 petites pages tout ce que l'étudiant et surtout le praticien doivent connaître de la dermatologie pour être à la hauteur de leur tâche quotidienne.

Enfin, dans la pratique, la SYPHILIGRAPHIE est inséparable de la dermatologie. On ne pouvait passer sous silence ici des lésions du visage ou du corps sous le prétexte qu'elles sont du domaine artificiellement délimité du syphiligraphe. On en trouvera donc la description aussi condensée que possible, de façon que ce manuel, sur ce sujet comme sur tous autres, conserve son caractère élémentaire.

Sous un rapport au moins, cet ouvrage est le premier de son espèce. Car tous les livres dermatologiques, jusqu'ici, supposent le lecteur ayant une connaissance au moins partielle de ce dont ils traitent. Celui-ci, au contraire, part de ce principe premier de tout enseignement : que *celui qui apprend doit être supposé ne pas savoir*.

N. B. — La multiplicité des sujets traités empêche un livre encyclopédique d'être exclusivement personnel. En écrivant celui-ci, j'ai dû m'aider plusieurs fois des travaux d'autrui, j'ai cité leurs auteurs le plus possible. En ce qui concerne les figures empruntées à d'autres, j'ai toujours indiqué scrupuleusement leur provenance.

M. Rubens-Duval, interne des hôpitaux, a bien voulu m'aider dans l'aride travail de corrections que ce texte morcelé rendait difficile, je tiens expressément à l'en remercier ici.

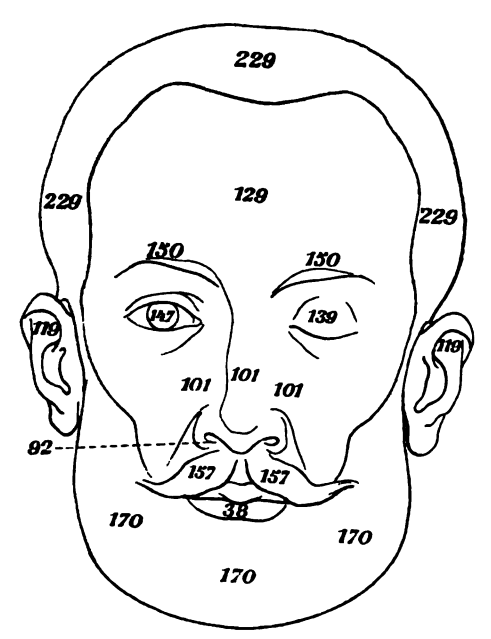
TABLE DES MATIÈRES

La table des matières est représentée par les douze sch suivants.

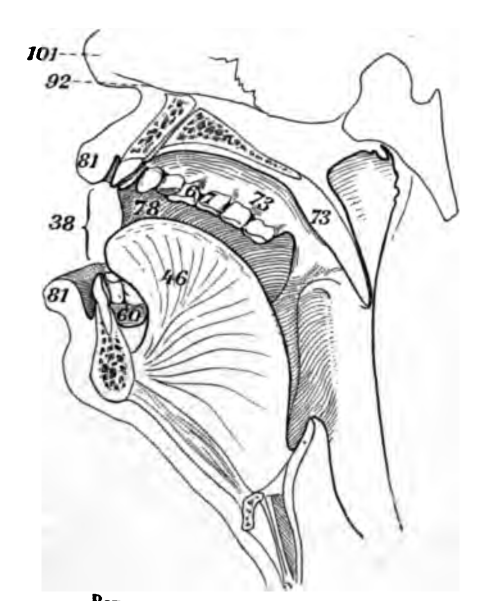
Chaque chapitre de ce volume correspond à une région du tement cutané.

Le chiffre que porte chacune de ces régions sur les fi ci-contre indique la première page du chapitre qui leu respond.

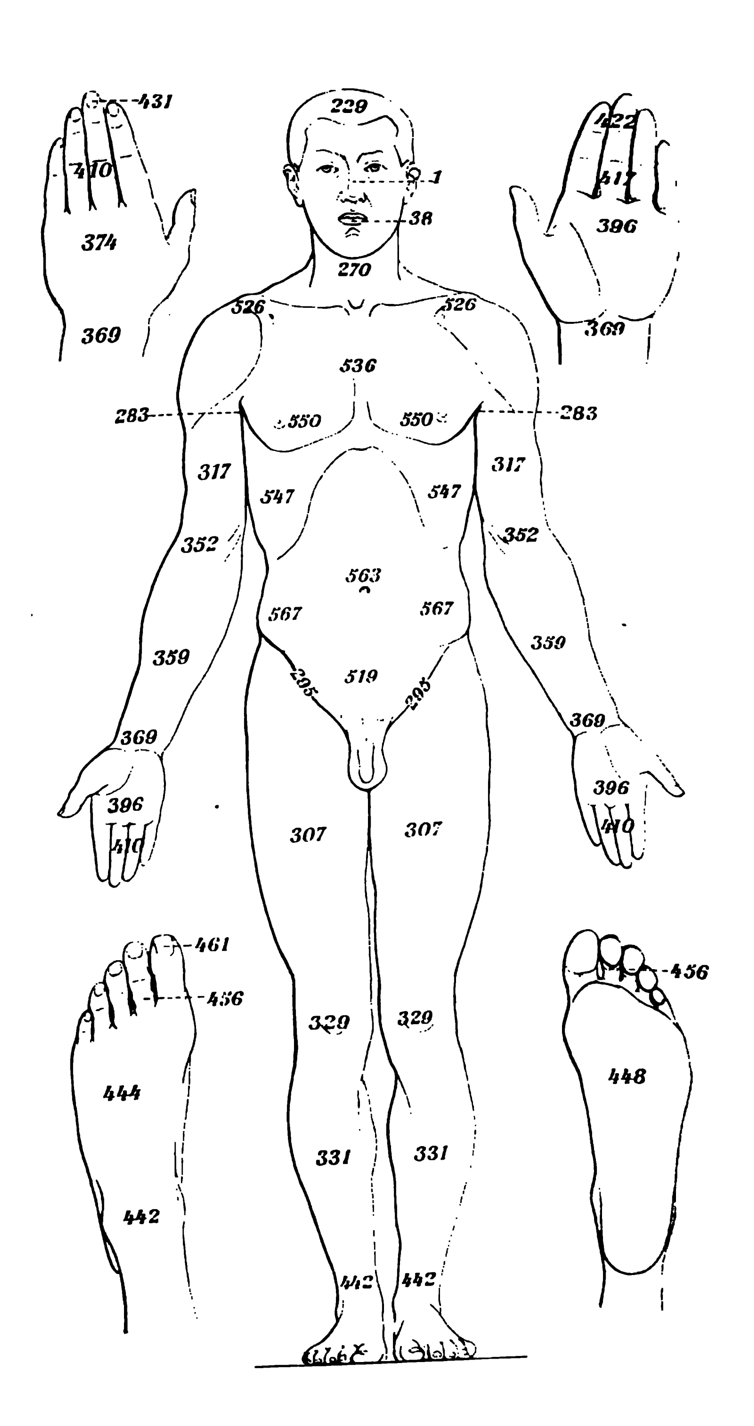
La deuxième partie de ce livre est attribuée aux DERMA GÉNÉRALISÉES. *On trouvera p. 581 la table qui indique distribution.*

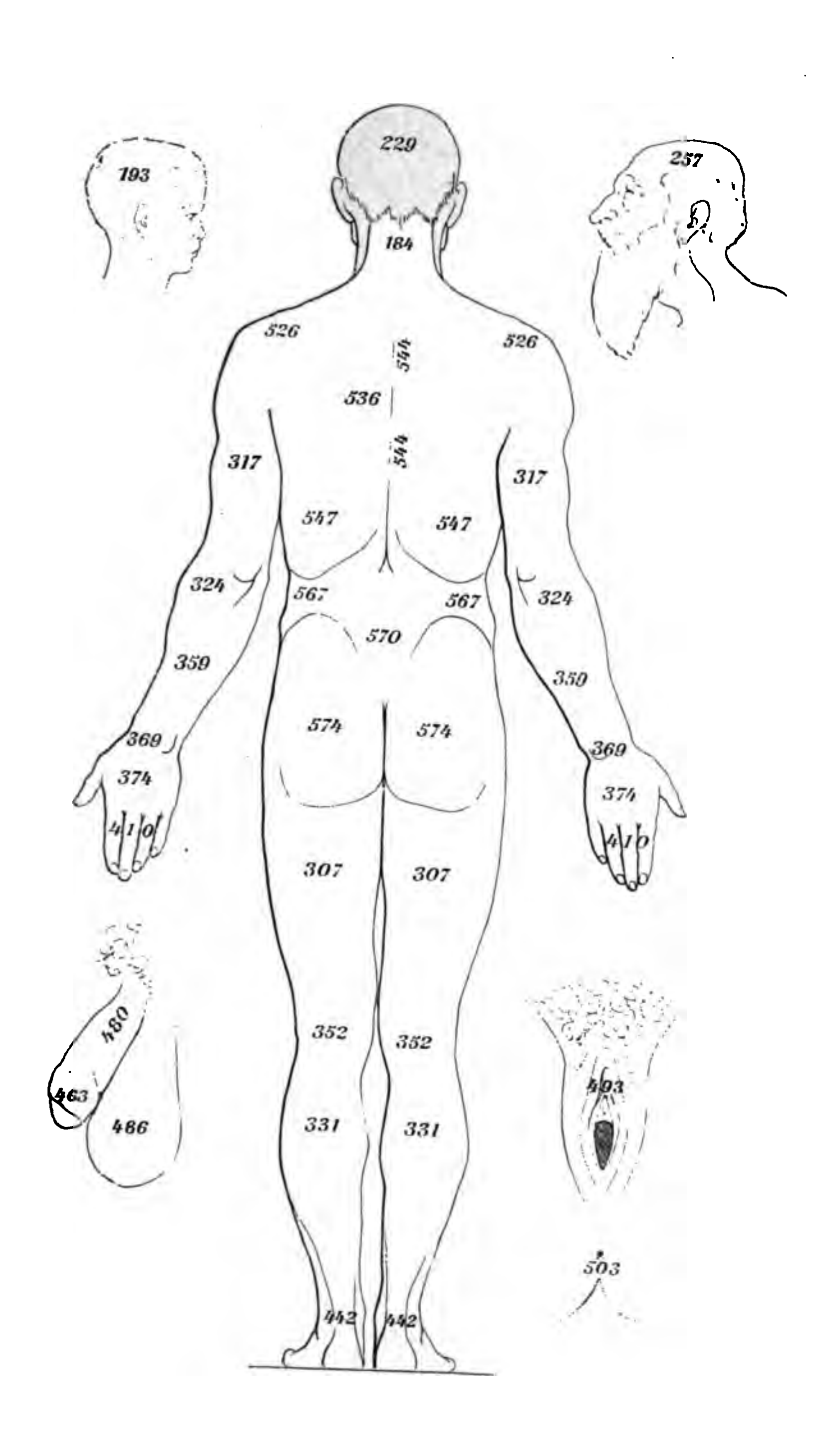


Visage en général, page 1.



Bouche en général, page 38.


431
229
422
410
1
417
374
38
396
270
526
526
369
369
536
283
550
550
283
317
317
547
547
352
352
563
567
567
359
359
519
205
205
369
369
396
396
410
410
307
307
461
456
456
329
329
444
448
331
331
442
442
442


193
229
257
184
526
526
544
536
544
317
317
547
547
324
324
567
567
570
359
359
574
574
369
369
374
374
410
410
307
307
480
352
352
463
486
331
331
493
503
442
442

DERMATOLOGIE TOPOGRAPHIQUE

VISAGE EN GÉNÉRAL

Le visage, considéré dans son ensemble, est bien une région unique pour le dermatologiste; mais, dans son détail, cette région est formée de six ou sept régions distinctes, car on y voit le front, le nez, les joues, les sourcils, la moustache, la barbe, les lèvres, les paupières, qui peuvent donner lieu à autant de petits chapitres distincts de pathologie cutanée.

Avant d'envisager chacun de ces chapitres séparément je parlerai de la dermatologie du visage en général, et j'envisagerai successivement les dermatoses qu'il présente dans l'enfance, l'adolescence, à l'âge adulte, et pendant la vieillesse.

Dès le début de l'existence, on peut observer au visage un eczéma prurigineux et suintant qui paraît lié aux troubles digestifs de l'alimentation chez le nouveau-né : eczéma du nourrisson, *eczéma de dentition, feux de dents, etc*	Eczéma du nourrisson. . . . . . p. 3.
C'est aussi dès la première enfance que les nævi materni *peuvent poser la question d'une intervention thérapeutique*	Nævi. . . . . . . p. 5.
... De même les éphélides *et les lentigines.*	Ephélides . . . . p. 6.
Sur ces régions, quelques années plus tard, on peut voir naître le xeroderma pigmentosum, *maladie rare et familiale*	Xeroderma. . . . p. 7.
Le visage en général est l'une des régions le plus fréquemment atteintes dans l'enfance par la gourme vulgaire	Impétigo. . . . . p. 8.
On peut y observer aussi en toutes régions la dartre volante (Pityriasis alba faciei) *des vieux auteurs*	Dartre volante. . . p. 11.

... *Et aussi la* **trichophytie** *épidermique marquée par des cercles ou des segments de cercle plus ou moins finement vésiculeux.*	Trichophytie . . . p. 12.
On voit aussi chez les adolescents une forme d'eczéma impétigineux en nappe du visage accompagné d'hypoacidité urinaire et d'albuminurie.	Eczéma impétigineux . . . . . . p. 13.
Vers l'époque de la puberté s'accuse peu à peu la **séborrhée** *du nez, du front et du visage.*	Séborrhée. . . . . p. 14.
*Et les diverses formes d'*acné *qui en procèdent directement*	Acné polymorphe . p. 17.
On voit aussi des **états congestifs** *chroniques du visage chez les adolescents qui présentent facilement aux oreilles, aux mains, au nez de l'érythème pernio et des engelures.*	Érythème pernio. Engelures. . . . p. 18.
Et pour beaucoup d'auteurs ces lésions voisinent avec celles du **lupus érythémateux.** *Celui-ci n'a au visage qu'une localisation élective, car on l'observe souvent ailleurs, mais il y existe trop fréquemment pour que nous n'attachions pas à cette localisation l'importance qu'elle mérite.*	Lupus érythémateux . . . . . . p. 19.
Les lésions infiltrées, hypertrophiques et ulcéreuses du **lupus tuberculeux,** *malheureusement très fréquentes aussi au visage, devront ensuite nous occuper.*	Lupus tuberculeux. p. 21.
... *Et les éruptions papuleuses de la syphilis secondaire.*	Syphilis secondaire. p. 24.
La lèpre tuberculeuse du visage, quoique rarement observée en nos pays, ne peut pas être oubliée dans cette énumération.	Lèpre léontiasique. p. 24.
L'érysipèle *de la face, bien qu'appartenant plus à la pathologie générale, devra nous retenir un instant*	Erysipèle de la face. p. 26.
... *Ensuite la* **maladie de Darier** *malgré son extrême rareté.*	Psorospermose folliculaire. . . . . p. 27.
Je parlerai ensuite du **chloasma** *ou masque utérin.*	Chloasma . . . . . p. 28.
... *Et du* **vitiligo** *dont les plaques décolorées ont le visage pour un de leurs lieux d'élection*	Vitiligo . . . . . . p. 28.
Le visage comme les extrémités est exposé aux **éruptions traumatiques,** *particulièrement aux dermites de voisinage dues aux teintures.*	Dermites artificielles . . . . p. 30.

ECZÉMA DES NOURRISSONS

L'*eczéma du nourrisson* commence en général vers le 4e ou 5e mois, quel que soit d'ailleurs le mode d'alimentation : allaitement maternel, mixte, ou biberon. Il coïncide ou non avec des troubles digestifs appréciables. Il débute par les pommettes, le front, le menton, sous la forme d'un semis de points rouges qui sont des vésicules (histologiques) excoriées par grattage. Leur nombre augmente au point de constituer des placards qui se rejoignent. Les orifices naturels : paupières, narines, bouche et leur pourtour immédiat sont presque toujours préservés.

Ces lésions, très congestives, présentent une exsudation plus ou moins accusée. Il y a des cas où l'exsudation est réduite au minimum ; alors la lésion est rouge, vernissée, semée de points plus foncés qui sont les vésicules excoriées. Quand l'exsudation est abondante, elle se concrète en croûtes ambrées, opalescentes, quelquefois teintées de sang, rarement épaisses, assez adhérentes et souvent craquelées (fig. 1). Chaque jour ramène une ou plusieurs crises congestives avec prurit, grattage et suintement. Les lésions augmentent du 4e au 6e mois et décroissent ensuite pour disparaître vers le 10e ou le 11e mois environ. Il y a des formes intenses où le corps lui-même est pris, et des formes ultra-bénignes, limitées aux pommettes et à peine reconnaissables, dont les lésions disparaissent presque aussitôt nées.

L'étiologie de cet eczéma, comme de tous autres, reste obscure. Pourtant celui-ci semble lié tantôt à de la suralimentation ou à une alimentation mal réglée, tantôt à l'*intolérance du tube digestif pour le régime lacté exclusif*. Dans ces cas, dès la première dent, il faut

donner la première farine, et très vite remplacer la plupart d biberons par autant de bouillies. Il semble que l'estomac qui ne digè pas les graisses du lait ou la caséine, digère mieux tous les autr hydrocarbures : féculents, sucres. Exemple : farines lactées, bouill d'orge, de riz, de froment, etc., aussi légères que l'âge du nour



Fig. 1. — Eczéma du nourrisson. (Malade de Brocq, photographie de Sottas.)

risson l'exige. Dans les cas les plus sérieux on a pu être conduit essayer les féculents avant l'éruption de la première dent. Cet essa prudemment fait est le plus souvent heureux, mais il doit être tr surveillé.

A cet âge aucun pansement n'est pratique et toléré, et d'autre pa aucun topique n'a de valeur, sinon les fards et pommades couvrante

Oxyde de zinc	ãã 20 grammes.
Vaseline ou axonge très fraiche. . . .	

F. s. a. *à chaud.*

Nettoyer chaque jour, sans savon, avec de l'huile d'amandes douces fraiche.

On peut essayer les pansements humides et caoutchoutés, surtout au cuir chevelu. Il s'ensuit une détersion des croûtes qu'on peut obtenir aussi avec vingt-quatre heures d'application de vaseline quand celle-ci ne provoque pas de suintement. A la période de régression, l'adjonction d'huile de cade à la pâte de zinc hâte la disparition des lésions. Le vrai traitement de cet eczéma est alimentaire; tous les traitements externes sont symptomatiques.

NÆVI DU VISAGE

Ils sont excessivement fréquents à la naissance, et présentent presque tous une régression progressive qui en fait disparaitre le plus grand nombre. Le médecin doit le savoir.

La dimension de ceux qui demeurent varie entre celle d'un chas d'aiguille et la dimension de la main, les uns négligeables, les autres graves. On doit encore les diviser en deux classes ; il y a ceux dont les dimensions augmentent et ceux dont les dimensions n'augmentent pas. On peut réserver le traitement de ces derniers, on doit entreprendre de suite le traitement de ceux qui grandissent.

Ils sont plats ou saillants, framboesiformes; les nævi plats sont en nappe diffuse ou entourés de rayons vasculaires.

Les nævi framboesiformes doivent être détruits au galvano-cautère, les rayons vasculaires qui entourent les nævi en extension doivent être ponctués au galvano-cautère à fine pointe qui, lorsqu'il est très bien manié ne laisse *aucune* cicatrice.

Les nævi en nappe doivent être traités par les piqûres d'électrolyse.

Pour les plus petits, on utilise l'électrolyse unipolaire, l'aiguille positive étant piquée au centre du nævus, l'électrode négative tenue à la main par le patient (20-25 milliampères) jusqu'à ce que la zone blanche produite par le courant autour de l'aiguille atteigne 3-5 millimètres de rayon.

Pour les grands nævi on se sert de l'électrolyse bipolaire. L'aiguille positive restant au centre de la lésion, on change la place de l'aiguille négative *autour* d'elle, en la laissant chaque fois le temps qu'il faut pour obtenir la zone blanche de 4 millimètres de rayon autour d'elle. Ne la piquer et la retirer qu'après interruption du courant, pour éviter

des sensations trop pénibles; 15-20 milliampères au maximum, sans quoi on risque des nécroses et des cicatrices vicieuses.

La vaccination sur les nævi peut être employée pour les nævi du corps. La cicatrice qu'elle laisse rend ce moyen d'une assez médiocre esthétique pour les nævi du visage.

Le traitement des nævi qui ne grandissent pas sera pratiqué, quand leur dimension l'exigera, lorsque l'enfant aura assez de raison pour s'y soumettre sans se défendre.

ÉPHÉLIDES

On désigne sous le nom d'*éphélides* des taches colorées, plus ou moins abondantes, apparaissant au cours de la seconde enfance, plus marquées et plus nombreuses en été qu'en hiver et qu'on voit survenir plus souvent chez les roux et les blonds que chez les bruns. Ces taches hyperchromiques, toujours symétriques, occupent surtout les parties découvertes, face et mains. Le traitement local en est très décevant, car les taches, atténuées ou disparues, reparaissent. On le pratique avec les exfoliants.

Application le soir [illegible] de :

Oxyde de [illegible] ⎫
Vaseline [illegible] ⎬ ... 50 grammes.
Résorcine [illegible] ⎭

pendant 3 ou 4 jours, [illegible] on recouvre le visage d'un vernis ou d'une colle [illegible] se détache, on l'enlève tout d'une pièce comme [illegible]

D'autres préfèrent [illegible] de suite :

[illegible]	40 grammes.
[illegible]	[illegible]
[illegible]	

[illegible] suivantes. La desquamation [illegible] sont douloureux.

[illegible]

[illegible] nævi, plus [illegible] chaque sujet.

disséminés sans règle ni symétrie, caractérisés par des taches régulières très foncées, les unes sans relief, les autres irrégulièrement verruqueuses, pilaires, etc. Sauf exception, on ne s'occupe des lentigines qu'au visage où elles peuvent, par leur dimension ou leur nombre, être disgracieuses. Leur traitement est celui des nævi.

XERODERMA PIGMENTOSUM

Je ne dirai qu'un mot de cette affection congénitale familiale, héréditaire, décrite et nommée par Kaposi. Elle occupe le visage, le cou, les mains et les poignets. En ces régions la peau est couverte de taches pigmentaires de lentigo, de teinte plus ou moins foncée, de dimensions plus ou moins grandes, variant de 3 à 6 et 7 millimètres environ. Ces taches apparaissent et se prononcent de plus en plus au cours de l'enfance; elles sont rouges d'abord, puis brunes et noires. Ces taches subissent une évolution ultime atrophique et cicatricielle. Le mélange de ces cicatrices aux lésions plus jeunes donne au visage un aspect jaspé caractéristique. Cette maladie qui semble bénigne altère très profondément la peau qui à la longue s'amincit et se rétracte. Plus tard même cet état se compliquera de tumeurs malignes multiples, sarcomes et épithéliomas, qui pullulent et s'accroissent à ce point d'entraîner la mort du malade dès 15 ans, 20 ans. On peut voir ces épithéliomatoses demeurer bénignes et le malade survivre; cela est rare. Le caractère familial de cette maladie est évident, sa cause inconnue, son traitement nul.



FIG. 2. — Xeroderma pigmentosum.
(Malade de Quinquaud. Musée de l'hôp. St-Louis, n° 1464.)

Il est indiqué de protéger le visage et les mains contre l'action du soleil qui est nuisible. Les pommades-pâtes à l'oxyde de zinc y suffisent, on peut les additionner de chlorate de potasse (1/30) dans le cas où la tendance à l'épithéliomatose s'accuse.

IMPÉTIGO

La gourme est bien vraiment une affection de l'enfant, et une affection du visage, bien qu'on puisse l'observer à tout âge et en tous



Fig. 3. — Impétigo contagiosa (streptococcique) du visage.
(Malade de Quinquaud. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1424.)

points du corps. La lésion première est une mince phlyctène claire t rompue, et exsudant alors du sérum à grosses gouttes. Ce sérum concrété en croûtes ambrées recouvre comme un sceau de ci

l'exulcération épidermique. Celle-ci s'accroît par une nouvelle phlyctène annulaire, en ourlet autour de la croûte première. A son tour, elle se rompt, se vide, se flétrit. Le sérum louche exsudé s'ajoute à la croûte qui devient rocheuse. Sous la croûte, la lésion est recouverte comme au pinceau d'une mince couenne fibrineuse lilas pâle, carac-



Fig. 4. — Impétigo contagiosa (streptococcique) du visage.
(Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 487.)

téristique. Elle grandit pendant quelques jours sous la croûte, puis se sèche et guérit, ordinairement en 15 jours, sans cicatrices.

Cette lésion n'est jamais seule, l'impétigo procède par poussées (*ab impetu*). Le visage présente de 5 à 50 lésions successivement nées et à toutes périodes d'évolution. Il existe un impétigo de la conjonctive (kératite phlycténulaire, p. 147), qui s'accompagne de photophobie intense, et, mal soigné, se termine par une opacité cornéenne défini-

tive (leucome). Il y a un impétigo très persistant et même chronique des narines (rhinite impétigineuse antérieure), cause de bien des récidives d'impétigo de la face. Il y a un impétigo commissural des lèvres (perlèche), un impétigo chronique du sillon rétro-auriculaire. L'impétigo de la face s'inocule aux parties découvertes : cou, poignets, mains ; aux doigts, c'est la tourniole (périonychose phlycténulaire) ; il s'inocule fréquemment aux jambes, aux chevilles et aux pieds, où la lésion peut devenir ulcéreuse (ecthyma).

La lésion neuve de l'impétigo contient un liquide séreux, non purulent, qui s'infecte secondairement très vite et passe à la purulence. Même suppuré, ce liquide reste plus liquide que du pus vrai.

La lésion impetigineuse est streptococcique. Le liquide qu'elle contient, recueilli (une goutte) dans l'effilure d'une pipette contenant du bouillon-serum, fournit à l'étuve à 37 degrés, en 12 heures, une culture *presque* pure de streptocoque, qu'on purifie par dilutions et passage dans l'eau de condensation de plusieurs tubes successifs de gelose-urine sur lesquels la séparation définitive est obtenue. La culture du streptocoque s'obtient de même de toutes les lésions d'origine impetigineuse. Nous y reviendrons souvent.

La suppuration secondaire des lésions impétigineuses résulte de leur infection par les sta[illegible] et dorés, qui en très peu d'heures y foisonnent. La [illegible] lose-peptone les met en evidence. Ils y [illegible] ment les colonies streptococciques.

Ces staphylocoques [illegible] lesions streptococciques plus haut [illegible] folliculaires, pustuleuses [illegible] staphylococcique propre, et [illegible] des précédentes.

Le [illegible] xterne. Bien fait. [illegible]

[illegible] lage immédiat. [illegible] par des cata[illegible]

[illegible] toutes les lésions [illegible] borate hydro-[illegible]

laisser sécher sans essuyer et recommencer. Ne jamais employer de pansement humide permanent avec ce liquide, sous imperméable. La nuit : pâte de zinc.

Axonge fraîche ou vaseline.	āā 20 grammes.
Oxyde de zinc	

Éviter d'enlever de force les croûtes quand elles sont minces et ne dépassent pas le niveau de la peau.

Ne pas s'effrayer de la couleur verte que donne aux croûtes le sulfate de cuivre.

Quand une lésion grandit malgré le traitement, récliner soigneusement les bords de la phlyctène grandissante pour bien porter *sous ses bords* le liquide antiseptique par friction un peu appuyée.

On peut employer la solution B au lieu et place de la solution A, mais les effets à mon avis en sont moins sûrs

B.	Nitrate d'argent.	3 grammes.
	Eau distillée.	40 —

et son action tinctoriale est plus désagréable.

Voir Œil pour le traitement de la kératite phlycténulaire (p. 147).

Voir Narines, pour le traitement de l'impétigo chronique narinaire (p. 92).

Voir Lèvres, pour le traitement de l'impétigo commissural (p. 81).

Voir Oreilles, pour le traitement de l'impétigo rétro-auriculaire (p. 121).

Voir Jambes, pour le traitement de l'impétigo ulcéreux (ecthyma) (p. 352).

Voir Doigts, pour le traitement de l'impétigo de ces régions (p. 417).

Voir pour le traitement de la périonychose impétigineuse (tourniole) (p. 424).

DARTRE VOLANTE

PITYRIASIS ALBA FACIEI DES VIEUX AUTEURS

La dartre volante s'observe entre des lésions d'impétigo (voir l'article précédent), ou en concomitance avec des lésions chroniques reliquat d'un impétigo aigu passé : perlèche, impétigo narinaire, rétro-auriculaire, ou même en l'absence de toute lésion impétigineuse recon-

naissable. La dartre volante est une épidermite sèche *streptococcique*, et si l'on peut ainsi dire : un impétigo abortif pityriasiforme.

Chaque lésion est minime, finement furfureuse, mal délimitée, ordinairement localisée à la face latérale du menton, aux joues, au front, au cou. Toutes les formes intermédiaires existent entre l'impétigo suintant et croûteux et cette dartre sèche à peine écailleuse.

Des applications quotidiennes ou bi-quotidiennes de :

Tannin à l'éther.	ãã	50 centigrammes.
Calomel à la vapeur.		
Vaseline.		50 grammes.

font disparaître cette lésion avec la plus grande facilité, mais elle reparaît souvent ailleurs ou sur place. Rechercher sa lésion-mère chronique (œil, narine, sillon rétro-auriculaire), pour la traiter et la détruire.

TRICHOPHYTIE

Nous parlerons en son lieu de la trichophytie de la *barbe* et de la *nuque* chez l'adulte (p. 176 et 190). Je ne parlerai ici que des inoculations de trichophytie à la peau glabre du visage.



Fig. 3. — Trichophytie du visage.
(Malade de E. Besnier. Musée de l'hôp. St-Louis, n° 1790.)

Elles sont fréquentes, nombreuses et ordinairement minimes.

Elles accompagnent, on peut dire toujours, une trichophytie du cuir chevelu chez l'enfant; inoculations accessoires et passagères à la peau glabre d'une trichophytie chronique du cuir chevelu, ce sont des taches roses légèrement papuleuses, irrégulières, squameuses, qui spontanément peuvent disparaître; si elles s'agrandissent, elles s'entourent au moins partiellement d'un quart ou d'un demi-cercle plus rouge, plus papuleux, très finement et irrégulièrement vésiculeux. Quelquefois le cercle est complet (fig. 4).

La trichophytie du cuir chevelu, d'une part, l'examen microscopique les squames ou leur culture, d'autre part, tranchent le diagnostic.

Friction tous les jours, jusqu'à disparition, avec boulettes d'ouate ydrophile humides de :

Alcool à 60°..	90 grammes.
Teinture d'iode.	10 —

ECZÉMA IMPÉTIGINEUX DU VISAGE CHEZ LES JEUNES GENS

Il s'agit d'une dermatose très intéressante et très incomplètement onnue. C'est une dermatose a-microbienne, finement vésiculeuse, rurigineuse et suintante, à croûtelles impétigoïdes, donc un eczéma uent, localisé au visage : joues, tempes, front, menton, ou plus généalisé : cou, plis de flexion du coude et du jarret, de l'aine et région énitale, etc...., quelquefois chronique, plus souvent constitué par des oussées subaiguës, distantes, dans l'intervalle desquelles il peut ester de l'épidermite rouge à peine suintante, plus ou moins maruée. Cette maladie survient chez les adolescents et surtout chez les eunes filles de 10-20 ans.

Elle a des rapports évidents avec le prurigo de Hebra. Doit-elle être onfondue avec lui?... Elle est ordinairement très localisée. Le prurigo e Hebra, même quand il affecte les mêmes localisations principales, st, en outre, généralisé à tout le corps. Le prurigo de Hebra n'est uintant qu'accessoirement, la maladie dont je parle l'est toujours. De lus, le prurigo de Hebra date de l'enfance et s'efface avec l'âge. La aladie dont je parle peut naître à 12, 15, 18 ans, sans prurigo ntérieur.

Elle s'accompagne d'hypoacidité urinaire[1]; elle s'accompagne souvent ussi d'albuminurie légère, quelquefois intermittente.

(1) L'acidité urinaire doit être dosée à l'aide d'une solution de carbonate de oude titrée de telle façon qu'un centimètre cube corresponde à un gramme 'acide (exprimé en acide phosphorique) par litre d'urine, en opérant sur 20 centimètres cubes de l'urine à examiner. La neutralité obtenue est vérifiée par la einte égale du papier de tournesol rouge et du papier de tournesol bleu.

Pour connaître la normale de l'acidité urinaire d'un sujet quelconque, il suffit e multiplier le coefficient biologique (poids actif) du sujet par 0,03 (ce dernier hiffre représentant la normale de l'acidité par unité urologique).

Exemple : soit un sujet ayant pour coefficient biologique 56, la normale pour acidité sera 56 × 0,03 = 1,69 par 24 heures (acidité exprimée en acide phosphorique). (Note de *Desmoulières*.)

Cette albuminurie (0,10 à 0,50 par jour) est quelquefois passagère et disparaît avec la station couchée, ou bien elle coïncide avec la digestion du repas de midi. Elle peut être aussi une albuminurie avec lésions rénales (cylindres épithéliaux), consécutive ou non à une infection (scarlatine, oreillons). Et dans ce cas, en traitant la néphrite, on guérit l'eczéma : régime lacté, cure de Saint-Nectaire.

Dans tous les cas, la cure d'air, le régime végétarien avec un peu de suralimentation par les œufs, les féculents, les sucres, sont à conseiller, les poussées s'espacent et s'amoindrissent.

Le traitement local comprend les applications de pommade couvrantes : pâte de zinc, et les applications de nitrate d'argent au 1/20, au 1/10. Il y a des cas graves dont l'évolution complète demande des années. Néanmoins, je les ai toujours vus guérir.

SÉBORRHÉE

Il faut entendre exclusivement sous ce nom un état gras de la peau produit par un flux sébacé exagéré et à cause de cela devenu visible.

Il faut distinguer avec soin des états séborrhéiques ainsi définis, ceux qu'on a improprement appelés du même nom et qui sont caractérisés par des squames [illegible] *[illegible]x* ou par des squames grasses [illegible] *à squames apparen-* [illegible] [illegible]poser à une séborrhée [illegible] jamais une séborrhée. La [illegible] témoin de la puberté. [illegible] cylindre gras stagnant [illegible] visible. Ce cylindre que [illegible] comme un ver. [illegible] colore par une [illegible] de Gram, montre [illegible] séborrhéique, qui est [illegible] fig. 6). La cul- [illegible] [illegible]dent néanmoins [illegible] *parcelle* du [illegible] glycérinée, [illegible] cristallisable [illegible] est préférable [illegible]

›orrhée ainsi définie se prononce d'abord sur la peau du nez et naso-génien, du menton, du front. En beaucoup de cas ces séborrhéiques, d'abord distinctes, se fusionnent, et le visage séborrhéique tout entier à l'exception du pourtour des orifices .

›orrhée vraie n'a pas de symptômes fonctionnels sauf un très urit quand il y a sudation locale.

›orrhée n'a pas que sa localisation au visage, elle s'étend sur toute la ligne u corps et avec nance dans les présternale et in-laire. Elle s'ob-vec des degrés ité très divers. rrhée s'accom-e la chute dif-poil sur la ré-elle occupe ; au ù elle se déve-ordinaire à par-19 ou 20 ans, omme, elle dé- ainsi la calvitie masculine (p. 234). Au visage en outre et sur , la séborrhée donne lieu aux acnés de toute forme, que nous ns plus loin.



Fig. 6. — Microbacille séborrhéique.
Préparation extemporanée. — Obj. immers. 1/12 Leitz, ocul. IV.

›orrhée a deux maxima : à la puberté et à la ménopause, ou rler généralement à l'âge d'évolution et à l'âge d'involution. le substratum nécessaire d'un grand nombre d'états morbides, ›s les acnés : *a. comédon ; a. papuleuse ; a. indurée, sup-kéloïdienne, a. nécrotique*, etc., etc., et le substratum fré-l'un grand nombre d'autres : *pityriasis, molluscum conta-psorospermose folliculaire, verrue plate contagieuse, épi-is*, etc., etc.

ortance de cet état morbide est considérable. La *séborrhée* avec tous les symptômes plus haut décrits, existant à leur m, s'observe plus souvent dans l'adolescence et chez les jeunes le augmente de 12 à 15 ans et décroît ordinairement vers 20 ans. cas, tous les pores sébacés déversent sur le visage un fluide

gras, jaune, demi-concret, qui en quelques heures s'y accum[u]

Cet état morbide, extrêmement pénible quand il atteint ce deg[ré], demande les traitements les plus actifs. On ne les emploiera qu'ap[rès] avoir essayé sans succès ceux qu'on emploie contre les séborrh[ées] plus anodines. Voici une liste de topiques anti-séborrhéiques rang[és] par ordre d'action croissante :

1° Friction biquotidienne avec :

Liqueur d'Hoffmann (alcool-éther)	200	grammes.
Résorcine	2	—

2° Même traitement, et un savonnage le soir avec un savon su[l]fureux.

3° Même traitement le matin après savonnage, et appliquer le so[ir] au pinceau :

Soufre précipité	10	grammes.
Alcool à 90°	10	—
Eau distillée	100	—

Agiter.

4° Pommade soufrée le soir.

Soufre précipité	1 à	10	grammes.
Vaseline		30	—
Acide salicylique	50 centigrammes à	4	—
Résorcine	50 — à	4	—

Savonnage le matin.

5° Appliquer le soir jusqu'à cuisson forte :

Savon noir	ãã P. E.
Soufre précipité	

puis savonner, calmer au besoin avec pâte de zinc appliquée la nu[it] si l'irritation a été excessive.

6° Frictions locales plus ou moins répétées avec boulettes d'ouate hydrophile mouillée de *sulfure de carbone saturé de soufre* (inflammable à grande distance).

Ce traitement peut se combiner avec le précédent.

Après plusieurs mois, médecin et patient s'aperçoivent qu'ils gagnen[t] lentement du terrain et que l'état morbide diminue d'intensité.

Les cas bénins sont à traiter avec les plus faibles des médication[s] indiquées.

Aucun traitement interne ne montre de valeur constante dans l[e] traitement de la séborrhée pure. J'en dirai autant des régimes alimen[taires].

ACNÉ POLYMORPHE

Il faut définir l'acné par sa cause immédiate : l'histoire de l'acné est celle des infections microbiennes secondaires du cylindre gras microbacillaire de la séborrhée (p. 14).

Ce cylindre gras microbacillaire peut se développer colossalement sur place et prendre une forme utriculaire, son sommet chargé de granulations pigmentaires apparaissant comme un point noir : *Acné comédon*.

En demeurant sur place pendant des années, il grossit démesurément et dégénère, sa flore disparaît et il est réduit à une coque épidermique renfermant de la graisse : *tanne*.



FIG. 7. — Acné polymorphe. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôp. St-Louis, n° 1152.)

Le plus souvent le comédon s'infecte de staphylocoques blancs par son sommet qui s'entoure d'un point rouge.

Puis tout le comédon devient le centre d'une inflammation circonférentielle plus ou moins aiguë qui fait ou un abcès — *acné suppurée* — ou bien un noyau induré qui ne suppure pas et se résorbe lentement — *acné indurée* — ou subit une transformation kystique.

Les foyers d'inflammation, lorsqu'ils sont contigus, peuvent constituer des clapiers et trajets fistuleux irréguliers (surtout à la région sous-maxillaire et à la la nuque).

Toutes ces lésions coexistant sur le même visage y constituent l'ACNÉ POLYMORPHE (fig. 7). Elle a son maximum chez l'adolescent en formation, au front, au nez, aux joues, au menton et jusqu'aux régions sous-maxillaires. Elle s'accompagne de semblables lésions du torse surtout dans les régions thoraciques antérieure et postérieure. Ces lésions peuvent exister avec une multiplicité telle que le malade en est tout à fait défiguré.

On observe un semblable état au maximum chez les ouvriers qui fabriquent le chlore : *acné chlorique*

Le traitement de l'acné polymorphe est celui de la séborrhée sous-jacente : pommades soufrées et lotions soufrées appliquées le soir, savonnées le matin. Les doses médicamenteuses devant être graduées suivant le cas (p. 16). Les bains sulfureux viennent en aide à la médication externe.

L'action des rayons X sur l'acné polymorphe est indéniable. Ils doivent être appliqués diffusément en séances de 3-4 unités H de Holzknecht, tous les 15 ou 18 jours. Le résultat est ordinairement évident dès la 3e séance et plus stable qu'après la plupart des médications externes.

Dans l'acné comédon, l'expression du comédon facilite l'action des topiques et la rend plus efficace. Dans l'acné suppurée et indurée, l'ouverture des collections leucocytaires avec la fine pointe du galvano-cautère hâte la disparition de ces lésions. Les cautérisations au crayon de nitrate d'argent des trajets fistuleux de l'acné pustuleuse et kystique peuvent être indispensables.

Les saisons aux eaux sulfureuses fortes : Challes, Saint-Boés, Allevard ou Luchon, ne peuvent que favoriser la diminution du nombre, du volume des lésions et de leurs récidives.

Il y a des acnés dont les poussées semblent liées, même chez l'adolescent, à des troubles gastriques. Il faut dans ce cas étudier l'état gastrique dont ils procèdent et l'amender. Le plus souvent l'acné semble liée au développement génital. Aucun régime alimentaire uniforme ne peut être conseillé au malade en le basant sur son acné seule.

Les acnés liées aux troubles utérins, ménopausiques chez la femme, à l'évolution de la cinquantaine chez l'homme, seront étudiées plus loin (p. 32) avec les maladies de [illegible]

ÉTATS CONGESTIFS PERMANENTS DU VISAGE CHEZ LES ADOLESCENTS

Il y a chez les adolescents des états congestifs du visage dont les uns sont en rapport avec [illegible] les autres avec un mauvais état de la circulation [illegible] général mal défini qu'on [illegible]

Congestion faciale liée aux troubles gastriques. — Elle peut exis- [illegible] digestion, principale- [illegible] son visage se con- [illegible] particulièrement.

sont froids. La digestion gastrique paraît s'arrêter; elle s'achèvera à peine en 5 heures. Au bout de ce temps la congestion du visage s'atténue pour reparaître à la digestion suivante.

Pour beaucoup d'auteurs la congestion faciale est liée à la séborrhée du visage et réciproquement. Je crois les deux états tout à fait distincts. Mais il arrive que la congestion permanente du visage rende une séborrhée préalable plus visible, plus accusée.

Soigner d'abord l'état gastrique, ordinairement hyperacide, par les alcalins, le bicarbonate de soude ou mieux le carbonate de chaux en pastille de 0,15 à prendre toutes les heures tant que durera la digestion gastrique; s'il y a constipation remplacer le carbonate de chaux par l'hydrate de magnésie en pastilles semblables. Ce traitement très simple est très souvent suivi de résultats excellents. Dans le cas contraire conseiller Vichy (Grande-grille) chaude, 1/2 verre, une demi-heure avant chaque repas.

Congestions faciales localisées. — Engelures. — Nous retrouverons ces états en étudiant les dermatoses de chaque région du visage, ainsi l'engelure du nez, des oreilles. Beaucoup d'auteurs voient encore en ces types morbides le premier degré des troubles cutanés étiquetés côte à côte autrefois sous le nom de lymphatisme, parce que l'une surtout de ces formes morbides, l'érythème pernio (p. 108) confine à l'une des formes du lupus érythémateux que nous allons étudier : Lupus érythémateux à évolution non cicatricielle.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

Le lupus érythémateux a des relations avec la tuberculose sans que ses lésions révèlent la présence du bacille tuberculeux. La coexistence du lupus érythémateux avec les tuberculides en général et le lupus tuberculeux n'est pas très fréquente, mais ses rapports avec la tuberculose sont pourtant certains. Ainsi l'on peut voir sur un même sujet : des ulcérations tuberculeuses d'origine ganglionnaire (écrouelles), du lupus tuberculeux disséminé autour des cicatrices, et résultant de l'inoculation directe du pus à la peau, et de nombreuses plaques de lupus érythémateux du visage et du corps.

Le lupus érythémateux débute et s'observe à tout âge. Ses symptômes varient peu. Des plaques irrégulières de contour, déprimées,

rouges, parsemées surtout en leur pourtour de squames écailleuse blanches, adhérentes (Herpès crétacé de Devergie), les plaques étan sensibles à la percussion (E. Besnier).

Ces plaques sont situées partout : sur le nez, les joues, dans la barb de l'adulte, sur le front le cuir chevelu, le cou et même, quoique plu rarement, sur les mains les doigts, le corps. Parmi les plaques il y en a de petites de un centimètre de diamètre, d'autres de grandes comme la main, leur contour est toujours bien arrêté, presque toujours irrégulier.



Fig. 8. — Lupus érythémateux.
(Malade de E. Besnier. Musée de l'hôp. St-Louis, n° 555.)

Une seule forme est symétrique, c'est celle qui dessine de part et d'autre du nez deux ailes d'où le nom : *vespertilio*. Cette dernière forme est souvent juvénile, surséborrhéique. Sur la surface des plaques apparaît l'ouverture dilatée des glandes sébacées remplie d'un cône épidermique adhérent d'où le nom de séborrhée congestive (Cazenave). Ces plaques érythémateuses non atrophiques, non déprimées, changent quelquefois de place et peuvent guérir sans laisser de traces. Le lupus érythémateux dans sa forme classique (fixe), avec dépression des plaques, grandit, mais ne rétrocède presque jamais seul. Ordinairement les lésions faites demeurent immobiles pendant des années, ou guérissent d'un côté *par cicatrice* pendant qu'elles se développent par un autre. La cicatrice dans les régions pilaires est complètement alopécique.

Cette affection est parmi les plus rebelles. Les agents les plus mor-

ants, et à toute dose, donnent dans son traitement des résultats médiocres. Ainsi les emplâtres salicylés pyrogalliques au 1/10. Les pointes de feu galvaniques, les scarifications donnent dans le lupus érythémateux des résultats notablement moindres que dans le lupus tuberculeux. De même la photothérapie de Finsen.

La haute fréquence a été conseillée sans résultats constants ni excellents. Le traitement par les rayons X est celui qui semble désormais le plus gros d'avenir. On a fait absorber en une fois 6 à 10 unités H. produisant une radio-dermite avec escarre dont la guérison a demandé à 5 mois, mais qui a guéri le lupus. Certains auteurs pensent qu'un traitement plus lent et moins violent (5-6 séances de 5 unités H. chacune, à 18 ou 20 jours d'intervalle les unes des autres), produit le même résultat. Ce dernier traitement étant sans inconvénient devrait momentanément au moins avoir la préférence. Mais le premier est certainement plus rapide, et peut-être de résultats plus constants.

Dans les cas heureux la lésion rétrocède, la rougeur s'atténue et elle se trouve finalement remplacée par une cicatrice lisse, blanche et belle. Mais il est possible que la cicatrice devienne peu à peu télangiectasique et moins belle.

LUPUS TUBERCULEUX

Le lupus tuberculeux est l'une des plus graves dermatoses qui puissent affecter le visage. Il peut s'observer en toutes régions du corps, mais il s'observe au visage plus fréquemment que partout ailleurs, et, dans le visage, plus souvent au nez et autour du nez. C'est une tuberculose nodulaire dermique et hypodermique ; l'inoculation de ces nodules dans le péritoine du cobaye détermine une tuberculose péritonéale typique.

La lésion, quel que soit son siège, se présente d'abord comme un placard diffusément rouge, de surface vernissée et de consistance mollasse, au travers duquel transparaissent des « nodules lupiques » inclus dans la lésion, gros, chacun, comme un grain de mil ou d'orge, plus ou moins distincts entre eux et sur le fond de la lésion, de par leur couleur d'un jaune rougeâtre « sucre d'orge ».

La lésion qui se fait, grandit et s'étale dans le derme, sous l'épiderme respecté (1er stade) (fig. 9), devient très souvent ulcéreuse, d'abord avec hypertrophie de fongosités (2e stade), plus tard avec nécrose progressive (3e stade). Ces trois processus peuvent se confondre entre eux dans les cas dont l'évolution est rapide.

Le lupus tuberculeux est une maladie qui tue rarement (par propa-

gation aux muqueuses des fosses nasales, des gencives, du phar
du larynx et tuberculose pulmonaire concomitante), mais qui
dans le plus grand nombre des cas autant que le malade. Livré à
même ou mal traité, ce qui est la règle, il aboutit à des ulcérati
et à des altérations squelettiques horribles (fig. 34); bien trait



Fig. 9. — Lupus tuberculeux non ulcéré.
(Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

laisse des cicatrices de la dimension des lésions guéries, accusant
forme du squelette de la région, à cause de la disparition des par
molles qui le recouvraient.

Les cicatrices, suivant le cas, peuvent entraîner l'atrésie buccal
narinaire. Aux paupières elles déterminent l'ectropion et consécut
ment de la kératite chronique avec des opacités cornéennes définiti

Le traitement du lupus tuberculeux, pour être heureux, doit
appliqué dès son début, quand la lésion ne dépasse pas la dimen
d'une pièce de 50 centimes. On en a proposé l'exérèse large, to
toujours difficilement acceptée du malade et de ses parents à caus

ège de la lésion à la face. L'exérèse, pour avoir chance de donner des sultats satisfaisants, doit être aussi large et aussi profonde que ssible. La plupart sont insuffisantes, et il est de règle de voir les odules lupiques reparaître dans la cicatrice.

L'application de la photothérapie de Finsen est certainement le traiement de choix. Elle donne lentement, mais sûrement, des résultats arfaits et (quand le traitement a été suffisamment continué) définitifs.

Ce traitement demande une installation difficile et dispendieuse. Il faut un arc voltaïque puissant marchant à 70-80 ampères. Les rayons lumineux, émanés de ce foyer, sont collectés dans une série de lentilles en cristal de roche montées sur des tubes métalliques et séparées par des matelas d'eau courante éliminant tout rayon calorique. Au foyer de la dernière lentille est placée la lésion sous un compresseur de cristal dans lequel circule un dernier courant d'eau froide. Ce compresseur a pour but de diminuer la circulation sanguine dans la lésion traitée, car les tissus rouges arrêtent en partie es rayons chimiques. Deux jours après une application d'une demieure une phlyctène survient qui s'ouvre et sèche. Toute la lésion subit n processus inflammatoire profond qui dure environ quinze jours et uand ce processus disparaît il laisse la lésion lupique atténuée.

La méthode de Finsen a été étendue à des lupus de grandes dimensions, mais comme le nombre des séances sur le même point doit être considérable (5 à 15) et que le point traité chaque séance ne peut avoir que 3 centimètres de diamètre, les résultats sont d'une lenteur souvent décourageante. Aussi devons-nous mentionner, au moins à titre accessoire, les traitements anciens qui donnaient avant la photothérapie les résultats les moins mauvais. Ils restent encore trop souvent les seuls moyens dont le clinicien dispose.

1° *Caustiques chimiques.* — La pâte de Vienne demi-molle, laissée en place dix minutes, lorsqu'on a bien appris à la manier, donne des résultats excellents. L'application cause, il est vrai, une vive douleur; une escarre noire de 7 à 10 millimètres de profondeur lui succède, qui s'élimine lentement, la cicatrice est belle et lisse. On fait ainsi beaucoup de besogne en peu de temps. On peut en dire autant des cautérisations au permanganate de potasse pur dans les lupus ulcérés. Elles ont donné souvent des résultats fort appréciables.

2° *Cautérisation galvanique.* — La cautérisation avec la pointe du galvanocautère des nodules tuberculeux, un par un, répétée d'abord ous les mois sur la même surface, puis en espaçant les séances,

tous les deux, trois et quatre mois, arrive à donner de très bons résultats, presque toujours incomplets malheureusement. A la longue, il reparait dans la cicatrice des nodules tuberculeux espacés qu'il faut détruire un par un de nouveau.

3° La *scarification linéaire quadrillée*, très utile pour réduire les fongosités du deuxième stade du lupus, ne doit être employée dans le lupus tuberculeux que comme début de traitement ou pour corriger des cicatrices vicieuses.

4° Le lupus fongueux ulcéré, les fistules tuberculeuses, les muqueuses atteintes de lupus peuvent être utilement traités par la *double cautérisation* : 1° au crayon de nitrate d'argent; 2° au crayon de zinc métallique, lequel réduit l'argent et met l'acide nitrique en liberté, méthode un peu douloureuse mais excellente.

5° Les lupus des muqueuses sont utilement modifiés par les applications d'acide lactique pur, de chlorure de zinc au 1/10e, etc., en applications répétées méthodiquement avec des bourdonnets d'ouate hydrophile, etc., etc.

Les traitements accessoires du lupus seront repris plus explicitement à propos de chaque localisation de lupus où on peut les utiliser.

SYPHILIS SECONDAIRE

La roséole syphilitique est rarement visible à la face. L'éruption secondaire caractéristique en ce siège c'est l'éruption papuleuse (fig. 250). Elle est plus ou moins abondante et plus ou moins floride, faite de papules rondes, peu mais nettement saillantes, d'un rouge brunâtre, d'une dissémination égale en tous points, couvrant le menton, le front, les joues, les paupières. Cette éruption succède après 2 mois 1/2 ou 3 mois normalement à l'accident initial dont la trace personnelle, le ganglion satellite, etc., sont toujours aisés à retrouver. Cette éruption précède de peu de jours les plaques muqueuses ou coïncide avec leur apparition (p. 722). Pour l'histoire générale de la syphilis et son traitement voir p. 720 et 726.

LÈPRE

La lèpre n'existe plus en nos pays, du moins sous la forme tuberculeuse floride que représente la figure ci-contre. Mais, dans beaucoup de nos possessions d'Asie et d'Amérique, elle existe à l'état endémique

soldats, nos administrateurs coloniaux, ou nos colons l'y con-
t trop souvent.

une maladie à tubercules, très voisine de la tuberculose et
inée par un bacille morphologiquement très proche du bacille
ı (bacille de Hansen). Jusqu'à présent la maladie n'est inocu-
u'à l'espèce
ıe et conta-
que pour



Fig. 10. — Lèpre léontiasique.
(Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

visage, elle
nce par la
ion, dans le
, de nodosi-
llantes, sor-
tubérosités
molles, qui
rent rare-
mais déter-
presque tou-
l'alopécie
ière à peu
nplète. Cette
e des sour-
elquefois de
stache et de
e, s'oppose à
ervation or-
ment inté-
le la cheve-
sujet. Peu
le front, les
e menton, le nez s'infiltrent, et les traits grossissent, déformés
e par la production de nodosités nouvelles, intra-cutanées (tu-
s lépreux), disséminées en tous points. Il s'ensuit un facies extra-
rement spécial et un peu léonin qui a donné lieu au mot :
sis (fig. 10). Les tubercules peuvent s'indurer et rétrocéder
sparaître incomplètement à la longue. Cette évolution ne s'ob-
u'en France, où les lèpres exotiques subissent spontanément
aire une régression très marquée.

Souvent ces tubercules s'ouvrent froidement et l'ulcère auquel ils donnent lieu peut durer des années, rester stationnaire, ou s'agrandir lentement.

Enfin par moments surviennent des poussées lymphangitiques « éléphantiaques » aiguës, très analogues à l'érysipèle et après lesquelles l'engorgement des tissus reste exagéré.

Il n'y a pas de traitement spécifique de la lèpre. Et la lèpre est dans l'immense majorité des cas incurable.

L'action locale des rayons X et de la photothérapie de Finsen serait à essayer méthodiquement, car l'action des topiques externes est à peu près nulle. En dehors de ces moyens, les ulcères lépreux doivent être traités comme tous les ulcères atones. (Voir par exemple p. 515.)

Le naphtol B pris à l'intérieur à la dose de 2-4 grammes et l'huile de Chaulmoogra (*Gynocardia odorata*, Bixacées), à la dose de 50 à 200 gouttes par jour, ont donné des améliorations très certaines bien qu'incomplètes. Mais ces médicaments, souvent mal tolérés par les voies digestives, devraient être pris à doses massives et très longtemps pour que leur action fût effective.

ERYSIPELE DE LA FACE

L'érysipèle du centre du visage, le plus fréquent des érysipèles, débute dans le sillon naso-génien, ou dans l'angle interne de l'œil, ou par la lèvre supérieure, quelquefois en plein milieu de la joue, par une rougeur qui s'accroît très vite en intensité et en dimension. L'apparition de la rougeur [illegible] souvent de quelques phénomènes généraux [illegible] angine légère. Les phénomènes généraux [illegible] s'accusent très vite. La température [illegible] y restera pendant toute la durée de la maladie [illegible] du délire franc chez [illegible]

[illegible] douloureuse, le [illegible] La région prise [illegible] cuir chevelu. Plus [illegible] dans les points [illegible] érysipèle ambulant). [illegible] les symptômes [illegible] survient très [illegible] moyen : il

y en a de plus graves. L'érysipèle peut être phlycténulaire, suppuré, plus rarement gangreneux. Il peut présenter du côté du rein, du cœur, des plèvres, etc., toutes les complications des grands états infectieux. Toutefois, la guérison est de règle.

Le traitement est symptomatique, général et local. Abaisser la température par la quinine, l'antipyrine ou les médicaments similaires; abaisser la température locale par les pansements humides. On pourrait rechercher l'action des applications locales d'argent colloïdal.

PSOROSPERMOSE FOLLICULAIRE

Ce nom est donné, depuis les travaux de Darier, à une maladie surséborrhéique ordinairement, ayant les élections régionales de la séborrhée et caractérisée par des croûtes brunes, coniques, enchâssées dans les orifices sébacés devenus énormes et soulevés chacun par une saillie papuleuse molle.

Cette maladie dont la nature coccidienne est controuvée, mais dont la nature parasitaire reste probable, commence toujours par le visage, par les plis naso-géniens, le pli du menton, le nez, la glabelle, la région sus-sourcilière. En même temps, toutes les régions séborrhéiques du corps sont envahies par le même processus. Ainsi le médio-thorax, de même les aines, les aisselles.

Partout la lésion élémentaire est la même, mais les éminences papuleuses sous-jacentes aux croûtes folliculaires peuvent devenir confluentes.

Cette maladie chronique prend l'individu à tout âge, plus souvent l'adolescent, dans la classe pauvre, manquant des soins d'hygiène élémentaires même.

Nous aurons occasion d'en reparler avec chacune des localisations principales de la maladie, particulièrement aux plis de flexion.

Le traitement interne est nul. Le traitement reste celui des lésions séborrhéiques. Il a pour agents : le soufre, les goudrons, les réducteurs :

POMMADE FORTE

Soufre précipité	ãã 1 gramme.
Acide salicylique	
Ichtyol	
Cinabre	
Huile de cade	10 grammes.
Lanoline	30 —

POMMADE DOUCE

Résorcine	} ãã	1 gramme.
Ichtyol		
Huile de bouleau		
Bioxyde jaune Hg		
Huile de cade		10 grammes.
Lanoline		20 —

Les savons sont utiles comme tous les kératolytiques, et la balnéation est indispensable.

Les résultats de la thérapeutique sont variables, ordinairement bons quand le malade apporte quelque soin à son traitement. Mais les lésions sont plutôt effacées que détruites et reparaissent quand le traitement est abandonné.

CHLOASMA

Le chloasma ou masque est une hyperpigmentation brune du front et des tempes qui apparaît chez la femme au cours de la grossesse, quelquefois dès son début, et régresse plus ou moins lentement et complètement après la délivrance.

Ce masque occupe symétriquement le front et les tempes, quelquefois les joues, l'aréole des seins, les grandes lèvres, la ligne axiale du ventre.

Sur le front, ces plaques s'arrêtent au bord des cheveux par un bord net et sinueux. Sur les tempes, elles dessinent des placards irréguliers mais symétriques, ordinairement jaunes et fort laids.

Le chloasma, bien qu'habituellement lié à la grossesse, peut se produire dans toutes les maladies péri-utérines ou péri-rénales, qui peuvent toucher le plexus sympathique autour des capsules surrénales.

Le traitement du chloasma est celui des éphélides (p. 6), mais il est soumis aux mêmes aléas, et, si la cause persiste ou se reproduit, les taches chloasmiques persisteront ou se reproduiront sûrement.

VITILIGO

On nomme *vitiligo* une dermatose non congénitale caractérisée par la formation de taches blanches, à bords nets, entourées d'une zone d'hyperchromie pigmentaire. La cause du vitiligo est inconnue ; on le voit survenir après des chocs nerveux graves, ou chez des nerveux

éréditaires, des dégénérés, des syphilitiques ou des hérédo-syphili-ques. Le vitiligo naît peu à peu, insidieusement, sans aucun sym-ôme subjectif. Les plaques vitiligineuses ne présentent à l'examen ue l'anomalie de leur couleur. Au toucher, elles donnent la sensation e la peau normale, le pli de la peau à leur surface est identique à elui de la peau voisine, etc. Seu-ement leur surface est d'un blanc aiteux, absolu. Ces taches, grandes u petites, symétriques au moins 'une façon grossière, ont toujours es bords nets, irréguliers, si-ueux. Autour de chacune, l'hyper-igmentation est manifeste et cette urcoloration diminue insensible-ment jusqu'à rejoindre la teinte ormale de la peau voisine.



Fig. 11. — Vitiligo de la face. (Malade de Lailler. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 350.)

Sur les taches vitiligineuses, uand elles occupent une région ilaire ou empiètent sur elle, les oils sont d'un blanc d'argent, uelquefois même atrophiques, anugineux. Leur nombre sur la plaque est quelquefois moitié moin-dre de ce qu'il est autour d'elle.

Les plaques vitiligineuses, au contraire des taches achromiques de la lèpre (p. 734), ne montrent exactement aucun trouble des diverses sensibilités : thermique, algé-sique, tactile.

Le vitiligo a pour siège d'élection le visage et le cou, particulière-ment sur leurs faces latérales, et aussi le dos des mains et des poignets, les organes génitaux (p. 524), mais on peut l'observer en tous points du corps. Ordinairement, les taches de vitiligo ne restent pas immo-biles; très lentement, elles croissent ou décroissent et se déplacent, mais ces mouvements occupent des années.

Le vitiligo a des rapports certains, mais non définis, avec la pelade, ec la sclérodermie en plaques ou morphée, avec la syphilis, avec le es. Le traitement local du vitiligo est, on peut dire, nul.

Le traitement général est à instituer après examen complet du

malade, de son état nerveux préalable, de son hérédité, de ses malad antérieures. Toutes les fois qu'il existera une syphilis antérieure, pratiquera le traitement mercuriel (p. 726).

« Il est vraisemblable que l'opothérapie ovarienne, thyroïdien orchitique ou surrénale, selon les conditions du malade, pourrait é appelée à jouer un rôle » (Darier) dans le traitement du vitiligo.

DERMITES ARTIFICIELLES

Le visage, les mains et les poignets, les pieds et les chevilles p sentent en commun un certain nombre de dermatoses. Les derm



Fig. 12. — Dermite artificielle consécutive à l'application d'une teinture. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

toses traumatiques, dues à l'action irritante d'agents extérieurs, s particulièrement fréquentes aux mains et au visage. Au visage e ont le plus souvent deux causes : ou bien l'application inconsidéré pommades mordantes (soufre, salol, etc.), ou bien l'application,

la chevelure, de teintures contenant des principes toxiques pour certaines peaux : le plus souvent chlorhydrate de paraphènylène-diamine. L'aspect de ces lésions est spécial, c'est celui d'un eczéma suraigu, total ou en placards, siégeant le plus souvent aux régions saillantes : front, oreilles, nez, lèvres. L'épiderme corné est soulevé par de petites vésicules miliaires, toutes juxtaposées, côte à côte, par myriades. Et alors la surface de la peau paraît finement mamelonnaire. Chaque vésicule contient une gouttelette de sérosité ou d'humeur louche. Ces lésions s'accompagnent toujours d'un degré considérable d'œdème diffus sous-jacent qui gonfle les régions à peau molle : les paupières, le cou....

A un degré plus accentué, les vésicules sont rompues et l'exsudation s'établit à la place de chacune, par les *perforations ponctuées* de Devergie. Cette exsudation est minime ou considérable. Dans ce cas, elle constitue un placard mince de croûte mielleuse adhérente. Cette phase aiguë ne dure ordinairement que si la cause d'irritation se renouvelle. Dans le cas contraire, l'exsudation s'arrête, la lésion devient sèche et desquamante et la peau reprend peu à peu son aspect normal.

Le traitement comprend la suppression de la cause, ce qui veut dire non seulement qu'il faut ne pas recommencer les applications de l'agent traumatisant, mais en enlever les traces s'il en reste : pansements humides, cataplasmes de fécule de pomme de terre faits à chaud et posés à froid, et même, au besoin, savonnages au blaireau à barbe avec un savon très doux (rincer très parfaitement ensuite par pulvérisation de vapeur d'eau). Toutes les fois que l'épiderme est très traumatisé, une pulvérisation avec eau de camomille ou eau bouillie simple (non boriquée) sera préférable au savonnage.

Dès que les lésions cessent de fournir un suintement, les pâtes couvrantes :

Oxyde de zinc	ãã 20 grammes.
Lanoline.	
Vaseline.	

donnent un résultat excellent. L'épiderme se reforme au-dessous d'elles. Les dermites traumatiques bénignes durent de 5 à 15 jours. Plus graves, elles peuvent durer 2 mois et plus. Sitôt que la guérison tarde, faire analyser les urines et instituer le traitement interne, que l'analyse montre utile : traitement de la glycosurie, de l'hyperacidité, de l'hypophosphaturie, de l'oxalurie, etc.

COUPEROSE — ACNÉ DE LA CINQUANTAINE

Vers la cinquantaine, les processus séborrhéiques et télangiec ques, qui s'atténuent d'ordinaire quand l'adolescent est devenu ad s'accusent de nouveau et prennent une autre physionomie.

La stase veineuse se prononce, le visage reste diffusément ro violet, les tissus s'empâtent, le grain de la peau devient gros ponctué par les ori sébacés béants; les d rentes modalités de l'a polymorphe s'instal de-ci de-là : acné pu leuse, indurée, kystiq principalement les for hypertrophiques et c gestives (voy. *Rhinophy* p. 112). C'est un s drome qui s'observe maximum chez les v queux, les cardiaques, cardio-rénaux, on le v succéder aussi à la mé pause chez la femme.



Fig. 15. — Acné rosée. Couperose et acné de la cinquantaine. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôp. St-Louis, n° 583.)

Dans ces cas, le tr tement local garde s importance contre éléments d'acné polym phe, etc., (p. 17), mais traitement général est p pondérant. Suivant le c il devra viser l'état du tube digestif, la dilatation d'estomac, paresse intestinale ; dans d'autres cas, les troubles cardiaques rénaux, par des régimes et des traitements appropriés, sur l quels nous ne saurions insister ici. Rarement le résultat s complet, on le devine, mais on diminuera les symptômes marquan les plus pénibles pour le malade. Le traitement local visera pr cipalement l'élément couperose et l'acné hypertrophique. Ce tr tement repose surtout sur l'emploi du galvanocautère à fine poin

y insisterai particulièrement à propos de l'acné hypertrophique du ez, la plus fréquente et la plus pénible (p. 113).

VERRUES PLATES SÉNILES

Sur les téguments sénilisés par les processus que nous venons de lécrire, devenus télangiectasiques, bouffis, infiltrés, s'installent une érie d'états morbides qu'il faut sans doute considérer comme parasitaires, bien que ce parasitisme ne soit pas défini.

Par places, la peau sénile semble mal lavée, couverte d'une sorte de rasse jaunâtre ou pigmentée, noire, « crasses séniles »; ces taches ne sont pas dues à la superposition à la peau d'une graisse exsudée, mais à la transformation velvétique, quasi papillomateuse de l'épiderme en ces points. C'est une verrue plate, dite à tort séborrhéique parce qu'elle est surséborrhéique souvent; dite aussi contagieuse, car elle pullule, et l'inoculation avec une épingle semble la transmettre.

Ces lésions s'améliorent beaucoup sous l'influence des pommades réductrices, chloratées.

Chlorate de potasse	150 centigrammes.
Soufre précipité.	3 grammes.
Résorcine	1 gramme.
Vaseline.	30 grammes.

Il est possible que, dans le plus grand nombre des cas, ce ne soit pas la guérison des lésions, mais leur disparition momentanée qu'on obtienne.

La transformation épithéliomateuse de ces lésions s'observe souvent sans être constante.

SÉBORRHÉE CONCRÈTE SÉNILE PRÉ-ÉPITHÉLIOMATEUSE

Du même ordre de faits est la formation lente en un ou plusieurs points du visage chez le vieillard, d'une croûte jaune dure, adhérente à la peau sous-jacente à laquelle elle est retenue par des multitudes de prolongements coniques occupant les pores sébacés. Sous cette croûte, la peau n'est pas tout à fait normale, mais sa surface est velvétique et il y a emboîtement réciproque des saillies de la peau

et de la croûte au point que l'ablation de la croûte peut faire



Fig. 14. — Lésions de séborrhée concrète pré-épithéliomateuse. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

une rosée de sa
processus est len
semblable croûte
augmenter cinq
ans sur place sans
ber. Lorsqu'on l'e
elle se reproduit m
plus vite (fig. 14).

ÉPITHÉLIOMA

Au visage (la bo
mise à part) l'ép
lioma de mœurs g
est rare, on ne le
guère évoluer que
les cicatrices d'an
lupus (fig. 15), mais l
thélioma bénin est
quent.

C'est encore un
sion de sénilité, s
nant comme les p
dentes sur une pea
langiectasique, sé
rhéique et déjà pr
dément altérée pa
« crasses séniles »
je viens de parler.

Ou bien c'est un petit ulcère atone qui naît et grandit sous
croûte de la lésion dite *séborrhée concrète*, ou bien c'est une l
non ulcérée, saillante, faite d'un bourrelet de perles épidermi
un peu brillantes, juxtaposées côte à côte, en un cercle, qui plus
s'agrandira pendant que son centre s'ulcère peu à peu. Rareme
lésion prend une forme bourgeonnante, *objectivement* néoplasiq
excepté quand l'épithélioma est secondaire (fig. 15).

1. Voir pour plus de détails l'article d'ensemble sur l'épithélioma cutané, p.

ithélioma ulcéré peut augmenter lentement de dimensions pendes années sans ir térébrant, sans de métastases, altérer l'état gédu patient. Cette ion tranquille est de règle. Quelis il en est autreet une ulcération ficielle, chroniévolue finalement e un cancer. C'est ption.

tre les épithéliobénins on précoautrefois : l'exion pure et simraclage à la curette, la cautérisation ignée, la destruction chi-



Fig. 15. — Epithélioma évoluant sur un lupus ancien. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis.)





— Épithélioma ulcéré de la face. Fig. 17. — Le même guéri par les rayons X. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

mique, les pâtes et poudres chloratées, etc. Aujourd'hui il
qu'un traitement qui semble valable presque en tous cas, les rayo
en général 6 applications à dix-huit jours d'intervalle cha
chacune de 5 unités H. de Holtzknech ou d'une teinte B du r
mètre X de Sabouraud et Noiré suffisent. Même si la lésion a dis
avant la dernière application, insister pour la faire si l'on veut
toute chance d'éviter la récidive.

MYCOSIS FONGOÏDE

Le mycosis fongoïde est une dermatose généralisée qui aura
histoire générale plus loin (p. 715).

A sa période d'état, le mycosis fongoïde atteint presque toujo



Fig. 18. — Mycosis fongoïde.
(Malade de Hallopeau, Musée de l'hôp. St-Louis, n° 1706.)

visage; il y crée l'infiltration diffuse, les bosselures et les tu
que la figure 18 reproduit très fidèlement. Cet aspect est carac
tique, ainsi que la lenteur d'évolution de la maladie, long

compatible, même à la période des tumeurs, avec la conservation relative de la bonne santé générale.

LYMPHADÉNIE PERNICIEUSE

Dans la lymphadénie pernicieuse, autre dermatose généralisée analogue, l'érythrodermie est plus diffuse, de même l'infiltration des



Fig. 19. — Lymphadénie cutanée.
(Malade de Hallopeau. Musée de l'hôp. St-Louis, n° 1964.)

tissus, épaissis, difformes, tuméfiés en masse sans présenter de tumeur proprement dite. La comparaison des deux figures en dit plus que toute description. Voir pour l'histoire générale de cette maladie page 715.

BOUCHE EN GÉNERAL

Dans une série de chapitres distincts, j'étudierai plus loin les de toses, ayant pour siège électif la *langue*, les *gencives*, les *jou gorge*, mais je vais d'abord consacrer quelques pages très brève affections que l'on peut voir à la bouche, en général, sans qu' présentent d'élection évidente pour l'une quelconque de ses parti

Parmi elles j'envisagerai d'abord la **stomatite ulcéro-membraneuse** *dont le nom indique assez par lui-même les caractères.* .	**Stomatite ulcéro-membraneuse** . . p.
Ensuite la **stomatite aphteuse** *des animaux que l'on peut voir dans des cas rares évoluer chez l'enfant*	**Stomatite aphteuse**. p.
. . . Et les **aphtes** *simples, petites lésions inflammatoires banales qu'il faut soigneusement distinguer de l'espèce morbide précédente*.	**Aphtes simples** . . p.
La **stomatite mercurielle** *a les gencives pour point de départ et pour localisation essentielle. Elle aura donc sa place ailleurs.*	**Stomatite mercurielle** . . . . . . p.
Mais la stomatomycose des nourrissons et des cachectiques, que l'on appelle **le muguet**, *est ordinairement généralisée à toute la bouche et sera étudiée ici*	**Muguet** . . . . . . p.
La **leucoplasie** *simple peut occuper de ses plaques blanches disséminées tous les points de la bouche. Elle appartient donc aussi à ce chapitre*	**Leucoplasie simple**. p.
De même le **lupus** *de la bouche dont on peut observer les formes ulcéreuses et papillomateuses au voile du palais, aux gencives, aux joues, aux lèvres*.	**Lupus tuberculeux**. p
Le **lupus érythémateux**, *ne s'observant guère qu'aux joues, sera étudié avec elles.*	**Lupus érythémateux**.
De même le **lichen plan**.	**Lichen plan**. . . . p
*Je dirai un mot, pour terminer, de l'*acan-**thosis nigricans**.	**Acanthosis nigricans**.
des **mélanodermies**.	**Mélanodermies**. . . p
et des **vitiligos**.	**Vitiligos**. . . . . . p

STOMATITE ULCÉRO-MEMBRANEUSE

La stomatite ulcéro-membraneuse est contagieuse, épidémique, 'attaque surtout aux enfants de trois à huit ans, mais elle peut s'observer à tout âge.

Elle se caractérise d'abord par une dysphagie intense accompagnée de salivation et d'une odeur infecte de la bouche. Sur des points divers de la face interne des joues, du vestibule et du plancher de la bouche et des bords de la langue, on voit se former des plaques couenneuses d'un blanc jaunâtre ou d'un jaune clair, épaisses, ayant tendance à se décoller par les bords et à découvrir une exulcération sanieuse, facilement saignante. La maladie s'accompagne de fièvre et d'un peu d'état général. Elle dure de cinq à quinze ours et se termine par la guérison, toujours très hâtée par le traitement.

Traitement. — Attouchements fréquents de toutes les plaques vec des pinceaux chargés de

Chlorure de chaux	10 grammes.
Eau distillée	200 —

Agiter.

On a préconisé aussi l'éther camphré, le chlorate de potasse au /40e ; le chlorure de chaux fait mieux.

L'origine microbienne de la stomatite ulcéro-membraneuse ne fait as de doute, mais on n'en a pas isolé de microbe spécifique. Elle emble quelquefois, mais non toujours, montrer la présence du bacille e Vincent. Dans ce cas elle s'accompagne d'angine ulcéreuse et ouenneuse de même type.

STOMATITE APHTEUSE

La stomatite aphteuse ou *cocotte* est une maladie des bovidés qui eut s'inoculer à l'homme. Cela est rare, et la maladie qui en résulte st ordinairement bénigne. Exceptionnellement, elle peut chez le ourrisson revêtir une forme grave et se terminer par la mort.

Il y a toujours état général, fièvre, embarras gastrique, phénomènes entérite sérieuse, prostration.

En outre, la bouche est remplie d'exulcérations très petites et

multiples siégeant sur l'arrière-gorge principalement et dont chacune ressemble exactement à l'aphte simple : dysphagie, salivation.

Traitement local à peu près nul : badigeonnages au jus de citron, etc. Traitement général sans grande valeur. Chez le nourrisson : calomel à doses fractionnées.

Calomel à la vapeur	25 milligrammes.
Lactose.	1 gramme.

Pour un paquet f. s. a. 2 semblables.

Le lait provenant de vaches atteintes de fièvre aphteuse peut être consommé par l'enfant à condition d'avoir été simplement bouilli (Nocard).

APHTES

Les aphtes simples n'ont rien de commun avec la fièvre aphteuse. Ce sont de petites lésions banales, qui ne paraissent avoir aucune spécificité, qui surviennent sans cause définie, par poussées, un, deux ou trois, à la fois, ou à la suite, sur la langue, les gencives ou la face interne des lèvres.

On peut les observer d'abord sous la forme d'une *pustulette*, grosse comme un grain de mil et très sensible à tout mouvement de la langue quand ils se produisent sur elle ou qu'elle les effleure ; cette pustule s'ouvre toujours, en sorte que beaucoup d'auteurs qui n'ont observé la lésion qu'à ce stade, décrivent l'aphte comme une ulcération d'emblée. Cette ulcération est toute petite, infundibulaire, grise avec un liséré rouge, très douloureuse à tous les mouvements de la langue. Elle guérit d'ordinaire en six ou huit jours, sans traitement. Les aphtes sont récidivants, plus ou moins, mais presque toujours. Certains sujets en présentent, dix fois l'an, une poussée de deux ou trois lésions ; d'autres une ou deux fois chaque année. Ces poussées coïncident ou non avec d'autres lésions : amygdalites, troubles gastriques. On peut les observer dans la plus parfaite santé apparente. Leurs aspects et leurs mœurs ont fait comparer les aphtes à l'herpès ; je les crois plus proches parents de l'impétigo pustuleux de Bockhart (p. 204), mais la preuve de leur nature, preuve anatomique et bactérienne, reste à faire.

Il faut noter que ces lésions récidivantes deviennent souvent l'origine de *syphilophobies* assez pénibles chez les neurasthéniques, qui

croient toujours à une syphilis, ignorée d'eux, dont les aphtes seraient les plaques muqueuses.

On peut utilement cautériser chaque aphte avec la pointe d'un crayon de sulfate de cuivre. L'eau de Saint-Christau en bains de bouche est aussi recommandable. Dans les cas bénins on peut ne rien faire localement, mais il est bon de corriger les troubles gastriques ou hépatiques qu'on remarque chez les malades atteints d'aphtes récidivants et aussi l'acidité salivaire qu'ils présentent souvent.

MUGUET

Le muguet est une mycose buccale provoquée par la prolifération dans les couches superficielles de l'épiderme d'une mucédinée : l'*Oidium albicans*. Cette affection se caractérise sur la langue à sa face dorsale et sur ses bords, aux gencives et au plancher de la bouche par des taches blanches, étoilées, ressemblant à du givre, adhérentes à la muqueuse, faisant d'ailleurs très peu de relief à sa surface et faisant corps avec elle. Le muguet ne s'observe jamais que lorsque la salive est acide. Chez le nourrisson, la contagion d'un enfant à l'autre apparait nettement ; le muguet peut s'observer ainsi dans toute une crèche ; cependant on voit, même dans ce cas, la contagion choisir les enfants dyspeptiques. Le nourrisson atteint tette mal, parce que les manœuvres de succion lui deviennent douloureuses, il cesse de téter et crie. Souvent la nourrice prend pour du lait caillé, resté sur la langue, les taches du muguet. L'examen microscopique lève les doutes : une trace de la tache blanche examinée sans coloration dans la glycérine ou dans la potasse à 30 pour 100 montre un enchevêtrement mycélien et des files de spores parmi les filaments à cloisons distantes. Le muguet chez l'enfant doit être traité par les alcalins : attouchements locaux avec un collutoire au borate de soude, eau de Vals, eau de Vichy, coupant le lait du biberon ou donnée à la cuiller avant chaque tétée. Le muguet ne comporte pas chez l'enfant un pronostic toujours grave. On l'observe fréquemment dans des états gastriques passagers.

Chez l'adulte, il n'en est plus de même. On ne le voit survenir que dans les cachexies à leur ultime période, particulièrement chez les tuberculeux ; dans la péritonite tuberculeuse, son apparition est toujours d'un pronostic détestable. C'est, du reste, une complication

souvent très pénible au malade et qu'on devra traiter en elle-même, car elle peut rendre bien douloureux les derniers jours d'un mourant : collutoires à la cocaïne, à la stovaïne, etc. (au 1/100e) alternant avec l'application locale des topiques alcalins.

LEUCOPLASIE SIMPLE (PSORIASIS BUCCAL)

Il y a des auteurs pour qui toute leucoplasie veut dire *syphilis* ou *lichen plan*. En ce qui concerne le lichen plan il en sera parlé plus loin (p. 80). En ce qui concerne la syphilis, il est certain que le nombre relatif des leucoplasies syphilitiques s'est accru depuis dix ans que l'on a étudié plus attentivement les lésions tertiaires de la syphilis.

Il reste pourtant une leucoplasie essentielle dont on ne peut pas jusqu'à plus ample informé faire une lésion syphilitique :

1° Parce qu'elle survient chez un grand nombre de gens qui affirment n'avoir jamais eu la syphilis et qui de fait n'en ont jamais présenté aucune lésion reconnaissable ;

2° Parce qu'on l'observe chez des jeunes gens à un âge où la syphilis acquise ne pourrait être arrivée à la période tertiaire et où la syphilis héréditaire (dont ils n'ont pas de stigmates) devient bien rare ;

3° Parce que, anatomiquement, elle consiste en une lésion hyperkératosique primitive, sans lésions vasculaires préalables, alors que toutes les lésions connues comme syphilitiques commencent par une lésion périvasculaire primitive.



Fig. 20. — Leucoplasie linguale. (Malade de Lailler. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 118.)

La leucoplasie simple n'est pas limitée à la langue, elle existe aussi en dedans de la commissure des lèvres sous forme d'une plaque irrégulière, ridée en patte d'oie ; elle existe à la surface interne des joues, sur les gencives, et à la face interne et jusqu'au bord libre de la lèvre inférieure. Partout la lésion est la même, on dirait un papier à cigarette collé à la muqueuse et étroitement adhérent à elle. Cette lésion est parcourue de plis croisés assez distants, toujours marqués, *parquetant* la lésion. A la langue, la lésion est moins blanche que partout ailleurs, elle est d'un rose-lilas dû à la transparence de la couleur propre

e l'organe. Au niveau de la tache, on ne voit plus la surface vil-euse de la langue, mais une surface lisse où la muqueuse est un peu épaissie, donnant au doigt et même à l'œil une sensation de caoutchouc. La lésion n'a pas des bords diffus, mais bien arrêtés et souvent découpés comme aux ciseaux.

C'est une hyperkératose chronique, de cause première inconnue. Parmi les causes secondes, l'abus du tabac a certainement une importance, mais cette cause peut manquer. L'homme est plus souvent atteint de cette affection que la femme. Elle commence à 18, 20, 25 ans quelquefois. Mais on peut la voir commencer plus tard. Très fréquemment après des années elle se complique d'épithélioma.

Le traitement de cette affection est difficile : les bains de bouche émollients, les alcalins, les eaux cupriques (Saint-Christau) peuvent être conseillés, mais n'ont aucune efficacité réelle que contre les incidents : fissurations, irritations artificielles, que ces lésions peuvent présenter. On a préconisé le raclage chirurgical à la curette, la destruction totale au galvano-cautère, etc.... Actuellement le premier traitement qu'il faudrait essayer est la radiothérapie. J'en ai eu, dans le seul cas que j'y ai soumis, des résultats incomplets, mais excellents, et incomplets parce que la radiothérapie n'a été poursuivie qu'au point où évoluait un épithélioma. L'épithélioma a disparu et la leucoplasie avec lui, dans toute la région irradiée.

Comme précepte on pourrait énoncer celui-ci : la radiothérapie exceptée, il vaut mieux ne pas toucher à une leucoplasie que de la traiter à moitié. Car toute irritation d'une leucoplasie semble pouvoir provoquer la dégénérescence épithéliale.

LUPUS TUBERCULEUX DE LA BOUCHE

Le lupus de la bouche n'est pas ordinairement primitif, il se produit par extension à la muqueuse des lèvres, ou à celle des gencives, d'un lupus d'origine narinaire ayant envahi la lèvre.

Sur les muqueuses il peut affecter la forme ulcéreuse, mais plus souvent la forme papillomateuse, semée de points nécrotiques. Le lupus en nappe envahit les gencives surtout, et ensuite le plancher de la bouche et le palais, ou bien la face interne des joues. Il se forme d'abord une hypertrophie de la muqueuse épaissie en nappe, puis des points de nécrose se produisent, déchaussant les dents, quelque-

fois jusqu'à leur pointe et alors la dent tombe. La lésion est mollasse, facilement saignante, très lentement extensive, et ici comme partout sans régression spontanée. Le plus souvent, ces lésions deviennent visibles du dehors, parce que la lèvre a disparu en tout ou partie, et l'orifice buccal est un ulcère dont le fond est fait par les dents déchaussées, implantées dans la gencive fongueuse ou ulcérée.



Fig. 21. — Lupus du nez, des lèvres et des gencives. (Malade de Lailler. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 228.)

A ces degrés, le lupus de la muqueuse est, on peut le dire, presque incurable ; les applications de permanganate de potasse, les attouchements à l'acide lactique pur, au chlorure de zinc au 1/15e sont des modificateurs excellents. Mais le résultat dépend surtout du soin du médecin traitant. Ce sont des malades à revoir tous les jours et à traiter quotidiennement, sans lassitude, chaque point par le topique approprié. Il va sans dire que la photothérapie doit être appliquée à tous les points accessibles pour elle, aux gencives particulièrement.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

Le lupus érythémateux de la bouche est rare et n'existe guère qu'à la face interne des joues. Nous le retrouverons avec l'étude des maladies de cette région.

LICHEN PLAN

J'en dirai autant du lichen plan qui affecte la même localisation, et qui ne se voit qu'exceptionnellement à la face dorsale de la langue (p. 80).

ACANTHOSIS NIGRICANS

C'est une dermatose qui semble devoir rentrer dans le groupe des toxidermies, être liée à un état de cachexie du sujet, le plus souvent à

hexie cancéreuse, et dans le plus grand nombre des cas à tion d'un cancer de l'estomac. Ses lésions maxima sont aux flexion et à la bouche.

bouche, la face interne des joues, le vestibule de la bouche et ncives sont les parties les plus prises. Les lésions ont deux nts, une hyperpigmentation noire qui est diffuse, et une sorte nsformation villeuse des muqueuses lisses comme de la peau. nt des lésions qu'il faut connaître pour en faire le diagnostic entiel. En soi elles ne comportent aucun traitement, et leur pro- n'est grave qu'en raison de la gravité de leur cause étiologique.

MÉLANODERMIES — VITILIGO

ites les mélanodermies peuvent s'observer dans la bouche ne sur la peau. On les observe surtout à la face interne des joues. connaît : la mélanodermie addisonienne accompagnant la die d'Addison, c'est-à-dire l'hyperpigmentation cutanée de la t des mains liée aux lésions organiques des capsules surrénales; lanodermie de l'acanthosis nigricans dont nous venons de parler; élanodermie du xeroderma pigmentosum (p. 7); la mélano- iediabétique; enfin la mélanodermie phtiriasique du dos (p. 888) t elle-même, dans ses cas les plus accentués, s'accompagner de nodermie de la face interne des joues (Thibierge).

vitiligo peut très bien s'observer aux muqueuses. Il se voit nt au vestibule et à la face interne des joues, en concomitance du vitiligo de la peau, du cou ou des joues (p. 28). Il partage mptomatique, son évolution, sa longue durée. Sa cause étiolo- n'est pas plus fixée que celle du vitiligo de la peau. Sa théra- que n'est pas fixée davantage.

LANGUE

La dermatologie de la langue est extrêmement complexe et diff
à résumer en quelques pages.

Il existe une glossite dentaire.	**Glossite dentaire. . p. 54.**
... et même des ulcérations traumatiques de la langue qui peuvent en imposer pour des lésions syphilitiques, tuberculeuses ou cancéreuses.	**Ulcérations traumatiques. . . . . . p. 54.**
La tuberculose linguale sera étudiée ensuite en soi et par opposition aux diverses lésions de la langue avec lesquelles elle ne doit pas être confondue.	**Tuberculose linguale . . . . . . p. 55.**
Enfin l'épithélioma lingual doit être à son tour distingué des lésions syphilitiques, tuberculeuses et traumatiques qui lui ressemblent, car il appelle des solutions thérapeutiques très différentes . . .	**Épithélioma . . . . p. 56.**
Après cette étude, je dirai quelques mots brefs sur des lésions de moindre importance relative :	
Sur l'ancien hydroa bulleux qui doit rentrer aujourd'hui dans le cadre de la dermatite polymorphe de Duhring-Brocq.	**Hydroa bulleux . . p. 57.**
Sur le lichen plan de la langue qui ne s'observe guère qu'en concomitance d'un lichen plan de la face interne des joues. .	**Lichen plan . . . . p. 58.**
Sur la langue villeuse noire fréquente surtout chez les vieillards et dans les hôpitaux et asiles.	**Langue noire . . . p. 58.**
Sur la langue douloureuse des nerveux à idées fixes : Glossodynies et papillites douloureuses qui appartiennent plus à la pathologie nerveuse qu'à la pathologie proprement dermatologique..	**Glossodynies. . . . p 58.**
Enfin sur l'ulcération traumatique du frein de la langue	**Ulcération du frein p. 59.**

MACROGLOSSIE (LANGUE SCROTALE)

C'est une malformation congénitale qui peut-être s'accuse avec l'âge. Elle consiste en longs plis longitudinaux parallèles, irréguliers. Ils donnent à la surface de la langue l'aspect ridé du scrotum ; ces plis ressemblent à des fissures, et ce sont bien des fissures, en effet, mais épidermisées partout, non douloureuses et ne résultant d'aucun processus morbide. Ces plis résultent pour certains auteurs de ce que

la langue, trop large pour la bouche qui la contient, se tasse sur elle-même. Pour d'autres, c'est une anomalie primordiale du muscle sur la forme duquel la muqueuse se moule. De toutes façons cet état n'appelle aucun traitement, à peine quelques précautions d'hygiène supplémentaires pour les lavages de bouche, avec les pâtes savonneuses dentifrices, par exemple, pour l'entretien et la propreté du fond des plis.

Chlorate de potasse.	2 grammes.
Savon amygdalin	10 —
Craie préparée	10 —
Menthol	1 gramme.

On multiplierait les précautions si le sujet contractait une maladie buccale, ou une maladie générale comme la syphilis ayant une élection pour les lésions de la langue.

En pratique, l'important est de ne pas confondre ces malformations avec des lésions acquises, particulièrement avec des rhagades syphilitiques tertiaires, ce qui serait une lourde faute.

ANGIOMES

Leur développement est rare chez l'adulte. On les observe chez l'enfant, l'adolescent. Ils se présentent d'ordinaire sous forme d'une tumeur oblongue molle disparaissant à la compression pour se reproduire aussitôt après elle. Ces tumeurs ont la couleur de la muqueuse elle-même, si l'angiome qui les produit est profond; elles sont violettes ou bleues, si la couleur des veines transparaît à travers la muqueuse. Ce sont là des *nævi* à développement progressif possible. Ils appellent ou non un traitement. Il faut les traiter quand ils grossissent, ne pas les traiter dans le cas contraire.

Suivant le cas et l'accessibilité de la tumeur, on traitera par l'électrolyse uni- ou bipolaire (p. 5) ou par l'ablation chirurgicale.

Ne pas attendre, quand il est certain que la tumeur se développe.

LYMPHANGIOMES

Le lymphangiome de la langue se présente habituellement sous l'aspect suivant.

Au tiers antérieur et non tout à fait symétriquement, la langue es-

ıgmentée d'*épaisseur*, sa surface est jaunâtre et plissée irrégulière-
ent dans le sens de la longueur. Sur les plis jaunes, presque linéaires,
s papilles disséminées font un semis rouge de saillies très petites
ssortant sur le fond jaune de la tumeur. La piqûre des plis jaunes
isse écouler une goutte de lymphe striée de sang.

Le traitement, qui doit être pratiqué seulement quand le lymphan-
ome augmente; ou quand il est d'une excessive dimension, est
actement celui de l'angiome.

Il est possible que les rayons X donnent dans l'avenir un traitement
dolore et plus rapide, mais le fait n'est pas encore confirmé.

GLOSSITE EXFOLIATRICE MARGINÉE

Elle s'observe plus souvent chez l'enfant, mais aussi chez l'adulte
ns la première moitié de l'existence. Avec l'âge pourtant, elle de-
ent de plus en plus rare. C'est une maladie chronique, durant des
ois et des années, récidivant après des périodes d'apparente gué-
son. Elle n'offre aucun symptôme fonctionnel, si bien que le malade
i-même s'en aperçoit souvent par hasard. Il observe, ou on observe
e la face dorsale de la langue est couverte de segments de cercles
is, mélangés sans ordre et en tout sens. Ils sont de tous diamètres,
ais plus souvent appartiennent à des cercles de 5 à 10 millimètres
diamètre. Lorsque plusieurs cercles se coupent, leurs contours
ersectés disparaissent. Il s'ensuit un dessin ornemental polycycli-
e. Ces contours sont dessinés par une accumulation épithéliale
hérente, très analogue à ce qu'est une squame sur la peau sèche.
plus étrange c'est que, du jour au lendemain, les dessins changent
forme et de place. Il y en a plus aujourd'hui, moins demain. Il y
ujourd'hui une tache où demain sera une circination. Ces lésions,
mme beaucoup de lésions cutanées, commencent par un disque plein
hyperkératose, dont le diamètre s'agrandit, mais alors, au centre de
lésion, la muqueuse redevient normale, le disque est devenu cir-
conférence.

Cette lésion est inconnue dans sa cause et dans sa nature. On a
ulu en faire une lésion syphilitique (Parrot) ou parasyphilitique
ournier). J'avoue que cette lésion ne me paraît avoir rien de com-
n avec la syphilis, acquise ou héréditaire. On en a fait aussi une
ion eczématique, psoriasique, etc.... Elle s'observe en l'absence de

tout eczéma, de tout psoriasis. La seule chose certaine, c'est que cette maladie est d'une bénignité absolue.

Elle ne comporte aucun traitement, en ce sens qu'elle ne paraît bénéficier d'aucun. On peut prescrire ce qu'on voudra, sauf des médicaments irritants. Eau de Saint-Christau, eau de Vichy, en gargarismes et bains de bouche. Application de baume du Pérou, etc., etc.

Prévoir et annoncer la longue durée de cette affection et ses récidives.

APHTES

J'ai décrit les aphtes en parlant des affections de la bouche en général (p. 40); ils siègent souvent sur les bords ou la pointe de langue. Ils y gardent leurs caractères, leur traitement et ne prêtent en ce siège à aucune considération particulière.

MUGUET

J'ai décrit le muguet plus haut (p. 41); celui de la langue ne présente aucune particularité digne d'attention.

LEUCOPLASIE SIMPLE

La leucoplasie simple a été également décrite avec les maladies qu'on observe en toutes régions de la bouche (p. 42). La leucoplasie simple de la langue n'est qu'un épiphénomène de la leucoplasie buccale. L'une n'existe presque jamais sans l'autre. Et ce caractère peut s'opposer ordinairement au caractère inverse de la leucoplasie syphilitique laquelle offre pour la langue comme la syphilis tertiaire en général une élection spéciale (p. 53).

La leucoplasie simple garde à la langue les caractères que nous lui avons décrits en tous sièges, son même pronostic et son traitement.

CHANCRE SYPHILITIQUE

Le chancre syphilitique de la langue siège toujours à sa poi-
ou sur le bord de son segment antérieur. Il est moyen de dim



ion, et ordinairement caractéristique par sa forme ronde ou ovale, sa surface exulcérée, non ulcéreuse, non suintante, déprimée en soucoupe, sa dureté cartilagineuse, son ganglion satellite sus-hyoïdien (p. 282), son indolence, son évolution calme en quatre à cinq semaines et sa régression et guérison spontanées.

Pas de traitement local. Traitement ordinaire de la syphilis. Les chancres extra-génitaux ne font pas une syphilis de pronostic particulièrement grave (A. Fournier).

PLAQUES MUQUEUSES

Les plaques muqueuses de la langue se présentent sous trois formes qu'on peut distinguer cliniquement entre elles, très nettement : la forme exulcéreuse normale, la forme hypertrophique pseudo-papillomateuse et la plaque lisse dépapillée.

1° La *plaque muqueuse type* est une exulcération plate, à peine déprimée en cupule, à bord cerné d'un liséré rouge, à fond gris, non suintante, non suppurante, rarement entourée d'un anneau gris qui rend ses dimensions plus fortes. La plaque muqueuse de cet aspect siège autour de la langue, ou au-dessous d'elle, et aussi à la face interne des joues, des lèvres et dans le vestibule de la bouche. Les plaques muqueuses de la langue coexistent aussi presque toujours avec une série de plaques semblables bordant les piliers et le bord libre du voile du palais (p. 74).

Les deux autres types de plaques secondaires ne sont pas proprement des plaques muqueuses vraies, mais des lésions homologues, sur le dos de la langue, aux papules secondaires de la peau vague.

2° *Plaques hypertrophiques pseudo-papillomateuses.* — Elles sont disposées une, deux ou trois, sur le dos de la langue, assez près du V lingual ; ce sont des éminences, des *bosses* régulières, un peu dures, hérissées de papilles villeuses très développées et que le relief de la lésion écarte en éventail.

Enfin, les *plaques dépapillées* figurent assez bien sur la langue, ce que font des pas lourds sur un gazon très fin. En une, deux ou trois places d'un ovale allongé, les papilles semblent manquer, semblent avoir été rasées au rasoir, ou aplaties de façon qu'on ne les voit plus, alors qu'autour des mêmes plaques les papilles ont gardé leur nombre et leur disposition normale.

Ces lésions diverses sont de simples épiphénomènes d'une maladie générale dont le traitement général importe seul. L'usage fait cautériser les plaques muqueuses vraies au nitrate d'argent, comme il permet de ne pas cautériser les plaques hypertrophiques ou dépapillées!... Notion thérapeutique vraie ou préjugé (?)...

SYPHILIS TERTIAIRE DE LA LANGUE

La langue peut présenter la *gomme syphilitique* de type normal, grosse comme une noisette, dure, peu douloureuse, puis ulcérée et éliminant, par un cratère en croissant, un bourbillon sphacélé jaune. Symptôme négatif important, cette lésion ne s'accompagne d'aucune adénopathie. Habituellement la syphilis tertiaire de la langue c'est la *glossite scléreuse*, qui est l'une des manifestations les plus fréquentes et les plus spéciales de la maladie. La langue est beaucoup augmentée de volume et très déformée comme par des boursouflures irrégulières. Elle est en outre coupée de plis longitudinaux profonds souvent exulcérés, bordés de rhagades. Enfin, la langue est parsemée de cicatrices blanches, irrégulières, capricieusement disposées, côtoyant souvent des ulcérations en voie de cicatrisation et dont la cicatrice s'ajoutera aux cicatrices existantes.

Les bosses irrégulières dont la langue est parsemée sont des noyaux gommeux, durs, le plus souvent allongés dans le sens de la langue, quelquefois séparés les uns des autres par des cicatrices. Ils n'évoluent pas comme des gommes, par ramollissement et ulcération. Ils gardent leur dureté toujours.

Les plis résultent de l'augmentation de volume de la langue. Ils se forment ici comme dans la macroglossie congénitale, mais peu à peu, à mesure que le volume total de la langue augmente. Ils sont très souvent bordés d'exulcérations, ou bien le fond du pli est fissuraire.

Les exulcérations, rarement profondes et pourtant tenaces, précèdent les cicatrices et les causent. Ces cicatrices en bandes d'un gris blanchâtre, brident la langue et esquissent à sa surface une sorte de lobulation. Souvent une ulcération se continue par une cicatrice et réciproquement. L'ensemble de ces lésions est tout à fait caractéristique. Rien ne peut le simuler. Ce sont des lésions des plus chroniques que les traitements ordinaires améliorent et ne guérissent pas. Elles durent 6, 8, 10 ans et davantage. Il est seulement probable, mais

pas certain, qu'elles ne sont pas contagieuses. Elles sont plus fréquentes chez l'homme que chez la femme, et souvent plus tenaces chez l'homme qui fume.

Contre elles il faut réunir les traitements externes et internes. Externes : bains de bouche à l'eau alcaline, eau de Saint-Christau, etc. Mais surtout attouchements répétés des fissures, des rhagades, des ulcérations avec un pinceau mouillé de :

Acide chromique	1 gramme.
Eau distillée.	5 grammes.

Le médecin peut même toucher les lésions avec un pinceau humide roulé dans des cristaux d'acide chromique. Le soulagement qui en résulte est presque immédiat.

Le traitement interne doit être des plus actifs. Laisser de côté les pilules, frictions, etc., et recourir de suite aux piqûres, soit de :

Calomel.	4 centigrammes.
Huile d'amandes douces fraîches	1 centimètre cube.

Stériliser. Agiter longuement avant de s'en servir.

et on les répétera chaque semaine alternativement dans chaque fesse; ou bien d'huile grise au 1/40e, 8 centigrammes, deux fois la semaine; ou de :

Biiodure d'hydrargyre.	2 centigrammes.
Eau distillée.	1 centimètre cube.
Iodure de sodium. . . Q. S. pour dissoudre.	

tous les jours.

Le traitement sera poursuivi longuement, le malade étant surveillé pour prévenir tout accident, et arrêter le traitement en cas de sursaturation (hydrargyries de toute forme, stomatite, etc.). Mais le malade doit savoir que c'est là une des localisations les plus tenaces de la maladie, et le médecin une de celles qui doivent être attaquées avec le traitement le plus intensif. La gomme de la langue au contraire cède aisément au traitement antisyphilitique.

LEUCOPLASIE SYPHILITIQUE

Elle accompagne souvent les lésions précédentes et évolue souvent sur une langue que la glossite scléreuse a labourée au préalable. Dans ce cas le diagnostic est certain. En d'autres, la leucoplasie prend le pas

sur toute autre lésion, et ressemble extrêmement à la leucoplasie non syphilitique décrite p. 42.

Sous réserve, car il y a des cas ambigus, la leucoplasie *syphilitique* a pour caractères : sa localisation exclusive à la langue, sans lésions leucoplasiques des gencives, des joues, des lèvres. Ordinairement le placard d'hyperkératose est diffus, ses bords sont reconnaissables, mais non pas limités comme au trait ainsi qu'on le voit dans la leucoplasie essentielle. Ordinairement la leucoplasie syphilitique évolue sur un fond de sclérose sous-jacent perceptible à la palpation. Enfin il est rare qu'elle ne s'accompagne pas au moins accessoirement de lésions de glossite scléreuse. La durée de cette lésion est illimitée. Une fois faite elle est permanente. L'épithélioma, sans être de règle, vient la compliquer quelquefois. L'action du traitement local est à peu près nulle. Le traitement général est celui de la glossite scléreuse que nous venons d'étudier (p. 53).

GLOSSITE DENTAIRE

Il y a une glossite dentaire. Elle survient lorsque la langue est chroniquement irritée par des dents mal plantées, vieillies, déjetées, saillantes en dedans, tranchantes des bords, ou pointues, surtout lorsque les soins de bouche vulgaires sont négligés, que les dents déchaussées sont couvertes de tartre et que les gencives sont suppurantes, surtout enfin quand la profession du sujet l'oblige à parler continûment. On voit alors la langue gonflée, douloureuse et de bords épaissis, porter l'empreinte des dents existantes et marquer par des saillies carrées la place des dents qui manquent.

La glossite dentaire simple n'est pas grave, il suffit de supprimer sa cause pour la faire disparaître. Il faut conseiller l'avulsion des dents irréparables ou déjetées, le nettoyage du tartre dentaire et l'antisepsie des gencives avec des applications quotidiennes de

Alcool à 60°	} ãã 20 grammes.
Teinture de cochlearia	}
Teinture d'iode	10 —

ULCÉRATIONS TRAUMATIQUES

Il y a des cas plus graves. C'est quand une dent cassée en éclat, en biseau, et devenue pointue ou tranchante, a agi sur un même point de

la langue jusqu'à y déterminer une ulcération chronique plus ou moins profonde, de bords calleux et quelquefois végétants. Ces lésions, étant donné leur cause, siègent toujours sur les bords de la langue. En outre un examen attentif montre toujours en regard de la lésion la dent qui la détermine.

Dans ce cas, pas de diagnostic et d'intervention hâtive. Supprimer la dent, cause de tout le mal, faire pratiquer des bains de bouche (eau de Saint-Christau) et des applications émollientes : eau de guimauve. Attendre 3 semaines. Ordinairement la lésion sera transformée. Attendre encore, avec les mêmes pansements. Finalement il ne restera qu'une cicatrice blanche mince dont l'induration disparaîtra peu à peu.

Bien savoir toutefois qu'une lésion traumatique de ce genre peut être le point de départ d'un épithélioma et ne pas attendre indéfiniment si l'ulcération persiste ou s'aggrave après l'avulsion de la dent traumatisante. Dans ces cas, faire une biopsie qui dictera l'intervention.

TUBERCULOSE LINGUALE

Je ne l'ai jamais vue que chez des tuberculeux avérés ou dont les sommets étaient pour le moins suspects, plus souvent chez des phtisiques en émaciation.

L'ulcère tuberculeux peut exister au voile du palais (p. 77), à la langue (fig. 22) ou à la face interne des lèvres (p. 91) avec ses mêmes caractères. C'est une ulcération creuse, à bords taillés à pic et déchiquetés, comme une crevasse dans un glacier. En écartant ces bords qui sont à peine entr'ouverts, on découvre à 1, 2 ou 3 millimètres de profondeur un fond ulcéreux jaune pointillé de rouge orange, saignant facilement et dont l'exploration est toujours très douloureuse.



Fig. 22. — Tuberculose linguale. (Malade de E. Besnier, Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 544.)

L'un des bords de l'ulcère, ou les deux bords, sont calleux, hyperkératosiques, semés de points rouges cerclés de jaune. Quelquefois un petit ulcère existe à côté du grand.

Le bord de l'ulcère tuberculeux est quelquefois une masse gommeuse

dure, ronde, saillante; ou bien le fond même de l'ulcération repose sur une nappe ou une masse gommeuse. Le diagnostic microscopique est presque toujours très facile. Il suffit d'examiner une trace du tissu nécrosé du fond de l'ulcère par les méthodes ordinaires. Le bacille de Koch y fourmille.

L'évolution de cet ulcère est chronique, progressive. Peut-être la thérapeutique externe le guérirait-elle, mais les malades meurent de leur tuberculose pulmonaire comme les tuberculeux atteints de tuberculose pharyngée ou laryngée. Ce sont presque toujours des tuberculoses qui ne guérissent pas. Le traitement local consiste en attouchements quotidiens avec l'acide lactique pur ou en solutions concentrées, avec le chlorure de zinc au 1/15, au 1/20, etc. Cette affection est relativement assez rare pour qu'on ne puisse encore parler à son sujet des résultats de la radiothérapie.

ÉPITHÉLIOMA

Le traitement de l'épithélioma lingual relève à peine du dermatologiste et pourtant c'est ordinairement le dermatologiste qui est d'abord consulté, tant le malade, en ces questions, a peur du chirurgien. L'épithélioma de la langue est rarement ulcéreux, il est ordinairement hypertrophique.

Il est primitif ou secondaire, très souvent secondaire à une leucoplasie essentielle, à une glossite scléreuse syphilitique, à une ulcération dentaire chronique, etc. Il naît à l'âge ordinaire des cancers, 50 ans, souvent chez des gens plus jeunes, plus souvent chez l'homme.

Ordinairement c'est une tumeur mamelonnaire, très irrégulière, plus large à la base qu'au sommet, de figuration contournée irrégulière, recouverte de la muqueuse normale de la langue dont la structure villeuse est exagérée et recouverte d'un enduit hyperkératosique adhérent sur toute sa surface. Quelquefois le développement hyperplasique de la tumeur est plus accentuée, elle est lobulée, criblée d'incisures séparant des digitations. D'autres fois, c'est, sur une base plate, un anneau végétant en forme d'anémone de mer, quelquefois une tumeur pleine évoluant en plein muscle comme une noix enchâssée dans la langue. Plus tard cette tumeur s'ulcérera. L'ulcération repose alors sur un infiltrat profond mal limité. Ses bords éversés forment des bourrelets, son fond sanieux laisse suinter un liquide d'une ode

tude de lésions phlycténulaires, en cocarde, dont les phlyctènes se rompent, déterminant des exulcérations passagères. Les symptômes fonctionnels sont ceux des stomatites sérieuses. La durée de la poussée est brève. Tout rentre dans l'ordre en 10 ou 15 jours, mais les poussées se renouvellent toujours. Le traitement est purement symptomatique et palliatif.

Le lichen plan de la langue est moins fréquent que celui de la face interne des joues (p. 80). C'est, sur la langue, une ou plusieurs plaques grises, très leucoplasiques d'aspect, mais quadrillées de petites arborisations d'un gris bleuâtre, qui traversent la plaque grise comme de petites cicatrices linéaires très fines. Ces lésions ne demandent pas de traitement, pas plus que la maladie (lichen plan d'Érasmus Wilson) dont elles dérivent (p. 625).

La langue noire est le nom qu'on donne à une mycose linguale commune chez les vieillards et dans les asiles. C'est une mycose qui est au vieillard ce que le muguet est au nourrisson.

Elle ne s'accompagne presque pas de symptômes fonctionnels, d'un peu de dysphagie et de gêne seulement et d'un peu de sécheresse. La langue est couverte ordinairement de deux plaques noires symétriques, allongées dans le sens du grand axe de la langue, séparées par le raphé médian, plus larges auprès du V lingual.

Sur ces surfaces, la structure villeuse de la langue est exagérée, et les papilles hyperkératosiques se dressent, ou sont couchées sur la langue en tous sens comme l'herbe trop haute sur un pré.

Cette maladie semble due à un parasite mycosique, de culture facile, d'espèce mycologique non déterminée, et qu'on extrait sans peine de la lésion par culture directe sur gélose glycérinée.

Le traitement consiste en frictions de :

Alcool à 90°	100 grammes.
Acide salicylique	10 —

ou bien en badigeonnages d'*éther camphré*.

On a conseillé aussi les applications d'eau oxygénée à 12 volumes et neutre, étendue de 1-10 fois son poids d'eau.

Glossodynies. — Certaines gens accusent à la langue des douleurs constantes, exagérées par la parole, la mastication, le tabac, les épices, etc.

GENCIVES

Les gencives, entre toutes les régions buccales, ont une autonomi morbide et dermatologique singulière.

Nous y étudierons successivement :

La gingivite simple *liée au manque d'hygiène et à l'accumulation sur les dents du tartre dentaire ou à l'éruption de la dent de sagesse*	**Gingivite simple** . . p. 6
Elle peut dans certaines conditions de mauvais état général, comme le diabète, et diverses cachexies, devenir **ulcéreuse**. . .	**Gingivite diabétique, etc.** . . . p. 6
On connaît la gingivite et la **stomatite** *liées à l'intoxication aiguë* **mercurielle**. . .	**Gingivite mercurielle** . . . . . . p. 6
On a signalé une **gingivite blennorragique** *qui est au moins fort rare et dont nous ne dirons que quelques mots*	**Gingivite blennorragique** . . . . . p.
La **pyorrhée alvéolo-dentaire** *appartient au domaine des stomatologistes plus qu'à celui des dermatologistes. Mais il faut au moins la connaître dans ses symptômes*. .	**Pyorrhée alvéolo-dentaire**. . . . . p.
*Les gencives sont un des points de localisation du plomb, dans l'*intoxication **saturnine**.	**Saturnisme** . . . . p.
Nous dirons enfin un mot des **tumeurs** *ayant pour point de départ la muqueuse des gencives et le maxillaire*.	**Epulis, tumeurs malignes**. . . . . . p.
Le **lupus des gencives** *a été étudié plus haut*.	**Lupus**. . . . . . . p.

Beaucoup de lésions comme la **gingivite ulcéro-membraneuse, aphtes**, *les* **plaques muqueuses**, *la* **leucoplasie**, *siègent aux genci comme en tous autres points de la bouche et ont été étudiées a les lésions dermatologiques de la bouche en général*.

[illegible]

Chlorate de [illegible]
Craie préparée [illegible]
Savon [illegible]
Essence de [illegible]

[illegible]

Teinture d'[illegible]
Teinture de [illegible]
Alcoolat de [illegible]
Alcoolature [illegible]
Alcool à 60

[illegible]

...ption des [illegible]
...ifs locaux [illegible]
...re le point de [illegible]
...des.

Quel que soit le type que revêt cette gingivite, il faudra toujours rechercher cette cause. Elle peut passer inaperçue très facilement. La cause reconnue, on traitera la gencive par le débridement, ou bien on pratiquera l'excision des bourgeons charnus péri-dentaires ou leur cautérisation au galvano-cautère. Cette cause supprimée, la gingivite sera d'ordinaire très facile à réduire. Suivant sa gravité on la traitera par les moyens indiqués au chapitre précédent ou au chapitre qui suit.

GINGIVITE ULCÉREUSE — SCORBUT NOSTRAS — GINGIVITE DIABÉTIQUE

Sous l'influence des diverses causes précitées, et de diverses intoxications : phosphore, plomb, ou encore dans plusieurs états cachectiques, on voit s'établir une gingivite non plus épidermique, mais dermique et ulcéreuse.

L'haleine est extrêmement fétide ; lorsqu'on examine les gencives on les trouve gonflées en largeur, épaissies, et ulcérées sur toute la région alvéolaire, de part et d'autre du point d'émergence des dents, mais surtout en dehors. Les dents peuvent être déchaussées, plus ou moins, suivant la profondeur de l'ulcération et quelquefois même elles sont mobiles. L'ulcération a la forme même du rebord alvéolaire, c'est donc un liséré ulcéreux couvert de pus et de détritus nécrotiques accumulés, gris verdâtres. Le fond de l'ulcération n'est pas plan, mais irrégulier et parsemé de petites saillies qui sont des bourgeons charnus. Suivant tel ou tel détail symptomatique, comme l'hémorragie plus ou moins facile, la stomatite a pris des noms différents : *scorbut nostras*, ou bien on l'a nommée d'après sa cause étiologique principale : *gingivite diabétique*. C'est toujours, à ce qu'il semble, la même maladie non spécifique déterminée par les agents pyogènes des suppurations ordinaires (?)....

Dans presque tous ces cas, l'influence de l'état général explique la gravité relative du processus. C'est une affection de cachexie : cachexie qui peut être passagère ou profonde et chronique (diabétiques, cancéreux, tuberculeux chroniques, etc...)

Dans presque tous les cas il faudra donc examiner complètement son malade et s'occuper de son état général d'abord pour indiquer le traitement approprié. Après quoi et comme traitements locaux on prescrira les attouchements à l'eau chlorée :

Chlorure de chaux	10	grammes.
Eau distillée	200	—

Agiter.

eau oxygénée pure (à 12 volumes, neutre) ; et lorsque le bourgeonnent de réparation sera obtenu par ces moyens, on terminera la rison par les applications iodées faibles du type indiqué (p. 61).

GINGIVITE MERCURIELLE

a gingivite est invariablement le point de départ de la stomatite rcurielle. Et l'irritation gingivale débute autour d'une racine de t à demi détruite ou d'une dent de sagesse en éruption. Elle nmence toujours d'un seul côté par un gonflement douloureux de gencive et une plaque sphacélique péri-dentaire. En même temps nmence le ptyalisme, puis une sialorrhée telle, que, dans les cas ves, un large filet de salive s'écoule perpétuellement de la bouche malade sans aucune interruption pendant plusieurs jours. Dans cas, le gonflement de la gencive se généralise, et les plaques hacéliques se multiplient, donnant à la stomatite mercurielle une ande ressemblance avec la stomatite ulcéro-membraneuse. Les plaes grises ou jaunâtres de sphacèle peuvent s'observer même sur le rd de la langue, dans le vestibule de la bouche et à la face interne s joues. Elles exhalent une odeur infecte. Dans les cas bénins, la ngivite mercurielle, qui ne se caractérise que par le gonflement douureux des gencives et la sialorrhée, dure 3-4 jours. Dans les cas aves qui s'accompagnent de gingivite ulcéreuse en placards, elle peut rer 10, 12, 15 jours et plus. On a pu voir autrefois de la gingivite pulsive s'ensuivre avec perte des dents et même des points de crose du maxillaire survenir, comme dans l'intoxication phosphorée s allumettiers. La sensibilité des divers organismes au mercure est inemment variable. Certains sujets ont du ptyalisme pour quelques lules de protoiodure. Ce sont les frictions d'onguent mercuriel et les jections qui amènent le plus souvent la gingivite. On la provoquait trefois, croyant que le virus syphilitique s'éliminait par la salive. là les graves accidents de la cure mercurielle autrefois et l'opinion e certaines gens du peuple ont encore sur elle.

Sitôt qu'une gingivite mercurielle commence, supprimer l'ingestion mercure, les frictions, les piqûres (savonner la peau du malade

quand il y a eu frictions), favoriser l'élimination du mercure par les laxatifs et les diurétiques. Enfin traiter la gingivite comme les gingivites ulcéreuses de toute origine (p. 62), car si l'élimination du mercure par la salive paraît la cause première de celle-ci, son développement paraît bien lié quand même à une multiplication microbienne locale.

GINGIVITE BLENNORRAGIQUE

Je n'en ai observé qu'un cas. Et peut-être s'agissait-il d'une gingivite ulcéreuse préalable, secondairement infectée par le gonocoque. Celui-ci provenait d'une blennorragie aiguë concomitante. L'aspect était celui d'une gingivite ulcéreuse, à lésions irrégulièrement profondes, très nécrotiques, très fétides. Le pus était strié de sang. Le moindre attouchement faisait saigner. Les lésions ont été guéries en 12 ou 15 jours par les attouchements à l'acide lactique au 1/10.

PYORRHÉE ALVÉOLO-DENTAIRE

On nomme de ce nom une arthrite suppurée chronique qui s'étend d'habitude à toutes les dents d'une mâchoire ou des deux mâchoires. Vraisemblablement il s'agit d'une suppuration d'ordre aussi banal que celles du sycosis, mais plus irréductible encore. Quand on appuie sur la dent dont l'alvéole suppure, elle s'entoure à son point d'émergence de l'alvéole d'un mince liséré de pus. Le ligament péri-dentaire et l'espace inter-alvéolo-dentaire ne s'infectent pas facilement, car on voit bien des gingivites évoluer sans laisser de pyorrhée, comme on voit bien des suppurations de la peau vague ne pas infecter les follicules pilaires de la région. Mais l'infection de cet espace une fois constituée est ordinairement chronique, comme celle des follicules dans le sycosis. Et la comparaison peut se poursuivre, car on voit toutes les dents atteintes une à une, comme on voit tous les follicules pris dans le sycosis d'une région pilaire.

Cette suppuration chronique amène l'ébranlement de toutes les dents touchées, puis leur éviction progressive à la façon d'un corps étranger, enfin l'effacement de la cavité alvéolaire par sclérose progressive, par cicatrice; de même qu'on voit dans le sycosis les follicules infectés guérir spontanément par éviction du poil et cicatrice.

La pyorrhée alvéo-dentaire est peu douloureuse, mais constitue u

rmité pénible par sa chronicité. Elle aboutit à la chute de chaque it saine ou cariée, mais le plus souvent saine.

In a voulu, au-dessous de cette lésion comme de toutes les lésions anées chroniques, voir un type diathésique constant : l'arthritisme. c l'incertitude de définition de ce mot on peut en faire la cause stante de toutes les maladies que l'on voudra. Si un état général se la pyorrhée alvéolo-dentaire, cet état n'est aucunement défini, ne peut donc être traité. Le traitement local de la pyorrhée alvéolo-itaire appartient à la stomatologie. Il est aussi difficile, et pour les mes causes, que celui du sycosis pour les dermatologistes. L'avul-i de la dent amènerait la disparition de la suppuration, comme e du poil dans le sycosis supprime la folliculite, mais la dent ne ousse pas comme le poil.

.es injections péri-dentaires de chlorure de zinc au 1/15 avec une ite poire à aiguille de Pravaz donnent des résultats momentanés. traitement est long et demande à être souvent repris. Avec lui irtant, on obtient des années de survie pour les dents traitées.

SATURNISME

l n'y a pas à proprement parler de gingivite saturnine en ce sens le saturnisme chronique ne fait pas suppurer la gencive et laisse icte la surface de la muqueuse. On observe seulement chez le irnin un liséré d'un gris bleuâtre tracé comme au pinceau sous iderme de la gencive et qui fait le tour de toutes les dents. C'est dépôt de sulfure de plomb que la surface de la muqueuse laisse isparaître.

orsqu'on rencontre cette lésion, bien insister auprès du malade l'imminence d'accidents plus graves : paralysies, coliques de plomb, istituer un traitement préventif : laxatifs fréquents parmi lesquels :

Miel	ãã 100 grammes.
Soufre précipité.	

2 cuillerées ou 3 par jour.

igestion de limonade sulfurique. Bains sulfureux.

est probable que le plomb pourrait déterminer une gingivite aiguë me le mercure, mais rarement l'intoxication est assez rapide pour ce phénomène se produise.

EPULIS — TUMEURS GINGIVALES

La muqueuse des gencives peut devenir le lieu de dévelop
de tumeurs malignes diverses. L'ancien *epulis* était le plus sou
sarcome né dans un espace interdentaire et se comportant co
tumeurs les plus malignes.

On peut voir aussi des épithéliomas de la gencive naître
plaque leucoplasique, etc.... Ce sont des lésions relativeme
rares et qui ne peuvent nous arrêter longuement, nous ne
que mentionner leur existence.

DENTS

Les maladies des dents sont toutes hors du cadre de ce volume et je n'en parlerais pas, si certains troubles d'évolution osseuse et dentaire ne pouvaient servir au diagnostic rétrospectif de l'hérédité syphilitique. A ce titre, ces troubles méritent d'être mentionnés ici.

Avant de parler d'aucune de ces lésions, il faut bien s'expliquer sur ur nature et leur valeur. Aucune d'elles n'est tout à fait caractérisque de la syphilis héréditaire, aucune n'est syphilitique *en soi*. ez les parents syphilitiques, l'*intoxication* causée par l'*infection* t si profonde que même les germes humains qu'ils contiennent en rtent la trace et se développent anormalement. Mais ces germes, et tre humain qu'ils deviennent, peuvent subir ce développement ormal même sans avoir été *infectés* par le microbe de la syphilis, ns jamais montrer une lésion vivante de syphilis.

En second lieu, cette viciation originelle du germe humain pourrait sulter d'autres causes que de la syphilis des parents. La syphilis en t la cause la plus habituelle, alors c'est à elle que ces déformations nt penser d'abord, mais la relation de ces difformités avec la philis n'est pas absolue.

DÉFORMATIONS MAXILLAIRES

Il est fréquent d'observer chez les hérédo-syphilitiques des vices de nformation des maxillaires. Le plus ordinaire est le prognathisme

de la mâchoire inférieure qui, au repos, ne peut s'encadrer dans la mâchoire supérieure et la dépasse. Cela fait les mentons trop longs, les mentons proéminents, les « mentons en galoche ».

D'autres fois le maxillaire supérieur n'est pas plan et les mâchoires étant fermées les dents de devant ne se touchent pas (fig. 25).



Fig. 25. — Déformation du maxillaire supérieur. (Moulage et cliché de Chompret.)

Ce vice de forme va souvent de pair avec une proéminence des parties sus-orbitaires de l'os frontal, un développement incomplet du nez et de la mâchoire supérieure, dont l'ensemble donne le « profil en croissant de lune ».

Ce profil creux, au lieu du profil saillant normal, est une des plus fréquentes caractéristiques osseuses de l'hérédité syphilitique.

Lorsque ce prognathisme de la mâchoire inférieure est peu marqué, l'art du dentiste, en faisant converger ses dents, peut artificiellement ramener le demi-cercle qu'elles décrivent à s'encadrer dans l'arcade du maxillaire supérieur. Mais c'est évidemment tout ce qu'on peut tenter dans ce cas. Il s'agit d'une anomalie de développement et nullement d'une lésion active pouvant bénéficier d'un traitement médical quelconque.

Le prognathisme du maxillaire supérieur est beaucoup plus rare : la malade que représente plus loin la figure 105 en était un exemple étonnant. Les mâchoires étant fermées, on pouvait loger le pouce entre l'arcade dentaire supérieure et l'inférieure. Dans ce cas, la forme de la tête était tout à fait phénoménale.

VICES D'IMPLANTATION DENTAIRE

Les vices d'implantation des dents sont assez rares dans la syphilis, et il faut qu'ils soient excessivement marqués pour évoquer l'idée de la syphilis avec quelque probabilité. On a vu les dents éversées en avant sur tout ou partie de la mâchoire, les deux incisives externes et les canines se superposer deux par deux. On a vu même une grosse

molaire se trouver au milieu de la voûte palatine (E. Fournier), émergeant au fond d'une cavité anormale, etc. Ce sont des faits très rares.

VICES DE NOMBRE

Très rarement existent des dents provenant de bourgeons supplémentaires, des « dents doublées ». Ce doublement est le plus souvent apparent et provient de dents de première dentition conservées. On a vu des adultes garder, aux deux mâchoires ou à l'une des deux seulement, toutes les dents de première dentition, en dedans de la rangée des dents de seconde. Plus souvent une ou deux dents survivent. Et cela s'est vu sans la moindre certitude de l'infection syphilitique des parents.

VICES DE DIMENSION

Les vices de dimension des dents sont déjà plus caractéristiques de la syphilis héréditaire, sans qu'ils puissent toutefois, je l'ai dit, la faire affirmer. Le plus souvent, ce sont deux dents symétriques naines, les deux incisives latérales du haut ordinairement. Elles sont bien faites, de joli émail, mais ce sont des « dents de poupée ». Ce sont aussi les dents dites en « grains de riz ». Elles ont été arrêtées dans leur développement, comme les individus tout entiers peuvent l'être.

VICES DE FORME

Les vices de forme dentaire sont les plus fréquents, les plus marquants et les plus caractéristiques de la syphilis héréditaire. Ces vices de forme peuvent être classés sous plusieurs titres :

Dents d'Hutchinson. — Hutchinson classa comme caractéristique de la syphilis *la triade* : œil, oreille, dents ; œil atteint de kératite interstitielle ou de choroïdo-rétinite, oreille atteinte de surdité par ossification du tympan, dents dont le bord tranchant concave en croissant est dirigé en dedans vers la ligne médiane (fig. 24). Ces vraies dents d'Hutchinson sont rares.

Dents grêlées, dents barrées, dents rouillées. — Ce sont les plus fréquentes. Ces altérations portent surtout sur les incisives, plus



Fig. 24. — Vraies dents d'Hutchinson. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

souvent sur les quatre incisives supérieures, et plus souvent encore sur les deux médianes.

Tantôt leur face antérieure semble comme une matière molle qui aurait reçu des grêlons : dents grêlées, et ces grêlures sont verdâtres, brunes, ou ocre jaune (fig. 26 et 27).

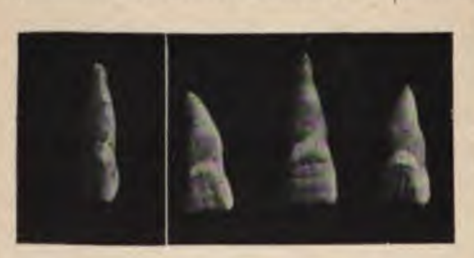


Fig. 25. — Dents hutchinsoniennes. (Collection Chompret.)

Tantôt les dents sont striées horizontalement de raies irrégulières où l'émail manque, où la dentine apparaît jaune d'ocre : dents barrées, dents rouillées. Tout le monde a vu cette lésion que l'observation populaire, souvent juste, rattache à des « convulsions dans l'enfance ». Parfois, en effet, l'enfant atteint de syphilis héréditaire portait déjà ses dents de se-

lentition marquées dans leur germe, et a présenté d'autre part teinte bénigne de ces crises convulsives qui détruisent tant de sons hérédo-syphilitiques.



Fig. 26. — Dents grêlées, dents striées. (Collection Chompret.)

ésions dentaires, les plus fréquentes de la syphilis héréditaire,



Fig. 27. — Canines grêlées, rouillées, striées, difformes. (Collection Chompret.)

it exister seules ou en concomitance de celles qu'il nous reste iiner.

ts en cornets, en tournevis, dents de poisson. — Les barres rsales, fréquentes sur la face antérieure des incisives, peuvent ver sur tout le pourtour de la dent. Celle-ci se trouve alors faite x ou trois segments tronconiques qui semblent sortir l'un de

l'autre. On dirait deux ou trois *cornets* empilés l'un dans l'autre.



Fig. 28. — Dents striées, dents en cornets. (Collection Chompret.)

Cette même lésion peut être plus accusée; les deux tiers de la dent sont normaux et le tiers qui se termine par un bord libre est tout petit, jaune, de couleur sale, et souvent criblé de ponctuations noires, dent en *tournevis* (A. Fournier). D'autres fois, une ou plusieurs dents incisives ou canines ont perdu leur forme et leur émail, ce sont de simples pointes irrégulières, rocheuses, souvent aiguës comme des *dents de poisson* (A. Fournier), (voir une canine de la fig. 26).



Fig. 29. — Dents en tournevis. (Collection Chompret.)

Altération des dents molaires. — Les altérations des dents molaires sont très spéciales, et presque toujours les mêmes. A partir de la gencive et jusqu'à un



Fig. 30. — Altérations des dents molaires. — Dents à cuspides privés de dentine. De chaque côté de la figure, les mêmes dents après usure de leurs cuspides. (Collection Chompret.)

certain niveau, la dent est normale, couverte de son émail, d'une forme et d'une dimension ordinaires; puis brusquement, et suivant une ligne horizontale, l'émail cesse d'être; la dent perd de chaque côté un millimètre de largeur du fait de cette disparition; les cuspides sont jaunes, irréguliers, rocheux. Plus tard, quand l'individu vieillit, toute la hauteur de la dent privée d'émail s'est usée, et la dent se trouve ramenée à la hauteur où l'émail cessait d'être (fig. 30).

GORGE

PALAIS — VOILE DU PALAIS — PHARYNX

gorge ne présente que peu d'affections relevant du dermato-e, si l'on ne veut pas y ajouter toutes celles que le praticien doit ître, mais qui appartiennent à la médecine générale.

envisagerai successivement le **chan-duré de l'amygdale**	**Chancre amygdalien p. 73.**
Les **syphilides secondaires** *des piliers voile du palais.*	**Plaques muqueuses. p. 74.**
Les **syphilides tertiaires** *qui, dans ces ns, peuvent se présenter sous deux s, la forme gommeuse en nappe à ations superficielles*	**Gommes en nappe. p. 74.**
Et la **gomme** *du voile du palais qui it aux perforations du voile.*	**Perforation du voile du palais . . . . p. 75.**
es deux lésions il faut encore ajouter **mmes ulcéreuses pharyngées en nappe.**	**Ulcère syphilitique du pharynx . . . p. 76.**
in il existe une **tuberculose** *locale qui prendre les deux formes, ulcéreuse pillomateuse, celle-ci plus fréquente.*	**Tuberculose du voile du palais . . . . p. 77.**

st à l'étude brève de ces affections que nous bornerons ce chapitre.

CHANCRE INDURÉ

chancre induré de l'amygdale n'est jamais diagnostiqué de abord. Il passe presque toujours au début pour une angine, et erreur peut continuer tout le temps qu'il dure. Ce que cette sant angine présente d'abord de particulier, c'est d'être et de unilatérale.

mygdale est doublée ou triplée de volume, elle peut toucher la , dépasser la ligne médiane. Elle fait une tumeur dure, peu le aux doigts, plane en surface comme un plateau et le plus nt entourée ou recouverte de membranes fibrineuses grisâtres. symptômes fonctionnels, moins marqués que dans une angine, lus accusés que dans un chancre d'autre siège. Il y a surtout de phagie. Le chancre de l'amygdale dure six semaines, deux mois

et s'efface peu à peu. Quelquefois les plaques muqueuses du voile du palais lui font suite sans intervalle.

Ce qui certifie le chancre induré, c'est le ganglion satellite logé au milieu du sterno-mastoïdien et sous lui (p. 280). Son volume est énorme, il est sensible au toucher, visible à l'œil, pathognomonique même à distance (Vidal). Il diminue et disparaît avec une extrême lenteur. On le voit encore sur place après 4 et 5 mois. Il peut aider à un diagnostic rétrospectif.

PLAQUES MUQUEUSES

Les plaques muqueuses de la gorge sont chose des plus fréquentes et des plus pathognomoniques dans la syphilis secondaire. Elles sont rares, abondantes ou profuses. Ou bien, c'est sur le pilier antérieur, la luette, le voile du palais, une érosion rouge cernée de gris. On en trouve d'autres plus ou moins disséminées sur la langue, les gencives, dans le vestibule ou sur le plancher de la bouche. Lorsqu'elles sont confluentes, et le fait n'est pas rare, elles ourlent les piliers et le voile du palais de lésions exulcéreuses qui se touchent et dont les bords grisâtres font un feston polycyclique continu. Rien n'est plus caractéristique que de telles lésions. Elles sont contemporaines des éruptions de la syphilis secondaire : roséole, papules. Elles surviennent presque d'un seul coup ou par poussées, les premières poussées étant toujours les plus fortes et composées des lésions les plus nombreuses. La même éruption existe, au larynx : voix rauque. Elle dure 6 à 10 semaines environ, d'autres plaques survenant, quand les premières s'effacent. L'éruption peut durer ainsi plus que de coutume et se reproduire après qu'elle a paru terminée. Le traitement traditionnel des plaques muqueuses reste les cautérisations au nitrate d'argent. Leur vrai traitement est celui de la syphilis secondaire (p. 726).

Les plaques muqueuses sont contagieuses. La salive des gens qui en portent est contaminée. Les projections salivaires au cours d'un examen médical, d'une quinte de toux, etc., ont pu dans des cas rares donner lieu à une contagion.

GOMME EN NAPPE

Comme presque toutes les lésions gommeuses de la bouche, on ne diagnostique celles-ci le plus souvent qu'à la période de l'ulcération.

r leur début est indolore et leur stade d'état est le plus caracté-tique. Ces gommes siègent ordinairement au voile du palais et d'un il côté. C'est un groupe irrégulier de petites ulcérations bourbil-ises à fond jaune verdâtre, plus ou moins creuses (de 1 à 5 milli-itres environ d'ordinaire), d'évolution froide, caractérisées seu-nent par quelque gêne permanente et un peu de dysphagie. Le icher fait reconnaître que ces orifices, chacun de 3 à 4 millimètres diamètre et irrégulièrement arrondis s'ouvrent sur une masse lurée plate, commune à tous, qui est la gomme en nappe dont ique foyer nécrotique a donné lieu à une ulcération distincte.

Cette lésion survient de 3 à 10 ans après le chancre, ordinairement, is quelquefois beaucoup plus longtemps après lui. Elle est justi-ble du traitement mixte intensif : piqûres d'huile grise, iodures alins, qui amènent la guérison locale en 3 semaines. C'est là un yen certain de diagnostic différentiel quand il y a doute entre la nme en nappe, et des lésions épithéliomateuses (rares) ou surtout erculeuses de même siège.

PERFORATION DU VOILE DU PALAIS

La lésion qui cause la perforation du voile est de même nature, de me date et de même évolution que la précédente. Rien ne l'an-nce : quand le malade se plaint la perforation est faite. En appa-ice, c'est une petite ulcération irrégulière, à fond jaune verdâtre, ı creuse. On y porte un stylet, il pénètre dans les fosses nasales. La perforation est accomplie ; elle s'est faite par une petite tumeur nmeuse siégeant d'ordinaire à l'union du palais osseux et du voile, it le ramollissement s'est fait sans douleur et qui finalement s'est erte. Le plus souvent la perforation est unique. Lorsque l'incurie malade est extrême, l'ulcération s'agrandit, la perte de substance t devenir énorme. Elle est toujours irréparable.

Le traitement mixte doit être rapide, intensif, longtemps continué 726). Sous son action l'élément nécrosé s'élimine, l'ulcération déterge, la cicatrisation s'effectue, mais la perte de substance ieure.

orsqu'elle est très petite, et bien cicatrisée, des cautérisations an-aires au galvano-cautère, répétées tous les mois, arrivent à en voquer l'atrésie cicatricielle progressive. Mais cela ne doit être

tenté que sur une lésion parfaitement guérie. Dans les cas plus graves, le reflux des aliments par le nez et les troubles de la phonation obligent invariablement au port d'une pièce prothétique.

ULCÈRE SYPHILITIQUE PHARYNGÉ

Une lésion de même ordre, de même date et de même nature, peut siéger dans l'arrière-gorge. En faisant ouvrir largement la bouche au malade et en le faisant émettre un son grave qui relève le voile du palais, on aperçoit au fond du pharynx, latéralement, une ulcération, plus souvent allongée dans le sens vertical, dont les bords sont légèrement talués et irréguliers, un peu rouges, dont le fond, recouvert d'une escarre jaune-verdâtre mamelonnée, est déprimé. Peu de symptômes fonctionnels, une légère gêne; guérison rapide par le traitement mixte intensif.

Toute cette série d'accidents tertiaires sont de ceux qui révèlent une syphilis inconnue du malade et non traitée, ou qui suivent une syphilis très incomplètement traitée et sur laquelle le malade n'attire nullement l'attention parce qu'il la croit éteinte depuis longtemps.



Fig. 31. — Lupus de la voûte palatine. (Malade de Guyot. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 667.)

LUPUS DE LA MUQUEUSE PALATINE

Le lupus du voile du palais et de l'isthme pharyngé n'est que le prolongement dans la bouche d'un lupus des gencives, des lèvres et de la face. On ne le voit que dans les cas d'une extrême gravité et livrés à eux-mêmes depuis des années. Il se présente sous la forme papillomateuse, fongueuse, hypertrophique, tout à fait analogue de symptômes de marche et d'évolution au lupus gingival (p. 43). Même traitement que le lupus de toute autre région de la bouche.

TUBERCULOSE PHARYNGÉE ULCÉREUSE

Affection rare, analogue de forme, de type objectif et d'évolution, à lcération tuberculeuse de la langue (p. 55) ou de la face muqueuse s lèvres (p. 9).

Ici comme là c'est une ulcération sinueuse, étroite, souvent éaire, à bord dur, calleux, velvétique quelquefois, ulcération llée à pic, à fond jaune pointillé de rouge, saignant facilement. Les ulcères tuberculeux ont toujours des symptômes fonctionnels centués et sont sensibles au moindre contact.

Mêmes traitements que les autres ulcérations tuberculeuses de la uche (p. 55).

FACE INTERNE DES JOUES

La face interne des joues, pour une grande part, confond sa pathologie dermatologique avec celle de la bouche en général ; ainsi dans la stomatite ulcéro-membraneuse (p. 39), dans le lupus tuberculeux des muqueuses buccales (p. 45). La face interne des joues participe à l'évolution d'affections dermatologiques de la gencive, ainsi dans la gingivite mercurielle (p. 65), etc..., et même quand la face interne des joues présente des lésions ayant sur elle une physionomie particulière, souvent ces lésions ne sont qu'un épiphénomène de lésions buccales : ainsi la leucoplasie (p. 42), ou d'éruptions plus générales : lupus érythémateux (p. 19), lichen plan (p. 625), ou de maladies générales : syphilis (p. 720).

Pour toutes ces raisons, ce chapitre sera très court.

J'envisagerai les excroissances interdentaires auxquelles donne lieu la disparition d'une ou plusieurs dents.	**Excroissances interdentaires . . . . p. 69.**
Les plaques leucoplasiques dites des fumeurs, leur évolution et leur dégénérescence épithéliomateuse.	**Leucoplasie . . . . p. 70.**
Les plaques grises arborisées du lupus érythémateux qui constituent peut-être la dermatose la plus localisée de la région. .	**Lupus érythémateux. . . . . . . p. 70.**
Enfin les plaques gris-bleuâtre finement quadrillées du lichen plan d'E. Wilson. .	**Lichen plan . . . . p. 71.**
Les mélanodermies diverses de même siège ont été mentionnées. Pour les mélanodermies de la face interne des joues se reporter à ce que j'en ai écrit à l'article bouche en général (p. 45).	**Mélanodermies. . . p. 71.**

EXCROISSANCES INTERDENTAIRES

A la place d'une dent manquante, principalement d'une grosse molaire, il n'est pas rare de voir la muqueuse de la face interne des joues former un gros bourgeon, une excroissance, de forme bien

ètée, qui, au repos de la mâchoire, vient exactement combler la ce de la dent manquante. C'est un fait qu'il faut connaître pour pas confondre ces sortes de tubérosités avec une néoplasie quel-ique. Il arrive du reste que ces saillies, traumatisées à chaque uvement de la mâchoire, ou pincées entre les dents pendant la mas-ition, s'exulcèrent, et même peuvent être le point de départ d'un thélioma. On ne les fait disparaître que par le port d'un appareil itaire remplaçant la dent qui manque.

LEUCOPLASIE

La leucoplasie buccale a été étudiée en son lieu (p. 42), mais ses alisations à la face interne des joues présentent souvent une phy-nomie spéciale.

C'est à la face interne des commissures que siègent ces plaques ses, hyperkératosiques, radiées en patte d'oie, que l'on nomme ques « des fumeurs », et que la suppression même totale et pro-igée du tabac ne fait pas toujours disparaître.

La leucoplasie véritable paraît n'être qu'un degré de plus d'hyper-atose. Ses plaques plus saillantes, plus blanches, plus nettement iitées, peuvent siéger aux commissures, ou être placées en tous nts de la face interne des joues. Leur évolution, leurs mœurs sont les de la leucoplasie buccale de tous les sièges. Dans la leucoplasie ccale, ce sont souvent les plaques de ce siège sur lesquelles débute pithélioma. Il apparaît alors sur la plaque leucoplasique avec la me florale radiée de l'anémone de mer.

On sait que cet épithélioma sur-leucoplasique peut être de toute vité. J'ai traité de son traitement et de celui de la leucoplasie, 56 et 45.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

Le lupus érythémateux s'observe assez rarement dans la bouche, jours avec une localisation élective à la face interne des joues. forme une ou des plaques irrégulières, légèrement saillantes, urées, rouges vineuses, parsemées de plaques blanches d'hyper-atose et d'exulcérations traumatiques provenant des dents.

On l'a décrit dans certains cas comme unique localisation de la

maladie. Dans l'immense majorité des cas, il accompagne un lupus érythémateux du visage, du cuir chevelu et du corps.

Sa marche, son évolution sont celles du lupus érythémateux de tous sièges. La radiothérapie lui serait applicable autant et plus qu'au lupus érythémateux de surfaces cutanées, car on pourrait la pratiquer par l'extérieur et par l'intérieur à la fois. Et on sait qu'il faut de grosses doses de rayons X pour agir activement sur le lupus érythémateux (p. 19).

LICHEN PLAN BUCCAL

Le lichen plan de Wilson (p. 58 et 625) a de fréquentes lésions à la muqueuse des joues, à la langue, au voile du palais. Il s'y manifeste sous forme d'arborisations bleuâtres ressemblant à de minces tractus cicatriciels qui se subdivisent et se coupent. Certains de ces linéaments s'élargissent pour former par places de petites papules plates, grises, à peine saillantes, quelquefois très nombreuses dans le lacis au milieu duquel elles sont comprises. On en trouve ainsi un ou deux ou trois ilots. Le lichen plan buccal affecte d'ailleurs la même forme et les mêmes symptômes sur la langue, au palais, etc. Mais dans la bouche, il est plus fréquent à la face interne des joues que dans toute autre région.

Le lichen plan de la bouche n'est qu'une localisation du lichen plan de toutes les muqueuses, et surtout il n'a qu'une valeur symptomatique; le lichen plan de tous sièges étant sans traitement spécifique et guérissant seul en quelques mois. Toutefois les lésions des joues peuvent survivre à celles du corps. On a dit les avoir observées seules dans quelques cas(?) Certains dermatologistes feraient volontiers des cas de lichen plan de toutes les leucoplasies non syphilitiques. Cette opinion me paraît en contradiction avec les faits cliniques. L'évolution de la leucoplasie essentielle est très différente de celle du lichen plan de tous sièges.

MÉLANODERMIES

Au chapitre, *Bouche en général*, j'ai parlé succinctement des mélanodermies et du vitiligo (p. 45). Ces lésions s'observent surtout à la face interne des joues. Dans un abrégé aussi succinct que celui-ci, je n'ai rien de plus à en dire. Je traiterai des mélanodermies en général (p. 685).

LÈVRES

La pathologie dermatologique des lèvres est assez complexe, car les lèvres présentent deux faces, l'une cutanée, l'autre muqueuse, et un bord libre dont les manifestations dermatologiques sont particulières [1].

PERLÈCHE

La *perlèche banale* est un intertrigo des commissures des lèvres. Les intertrigos sont des impétigos à streptocoques, localisés aux plis

[1] Toutes les maladies pilaires des lèvres seront étudiées au chapitre *moustache*, p. 157, et au chapitre *barbe*, p. 170.

naturels. La perlèche est donc un impétigo commissural. Elle peut être due à une infection streptococcique salivaire ou accompagner des lésions d'impétigo du visage.

La lésion est constituée dans chaque angle commissural par une ou plusieurs fissures du pli entourées par deux surfaces correspondantes



FIG. 32. — Perlèche. — Impétigo commissural ou intertrigo streptococcique. (Malade de Jacquet. Photographie de Dubray.)

d'épiderme macéré blanc violâtre ou lilas pâle. Sur la peau, la perlèche peut se continuer par une lésion d'impétigo vrai, rayonnant en patte d'oie, ou par une lésion plus sèche à croûtelles poudreuses ou à squames fines, dartre volante (voy. *Pityriasis simplex faciei*, p. 11). Laissée à elle-même cette lésion peut durer de longs mois. Elle disparaît lentement et peut récidiver.

Non seulement la perlèche est contagieuse comme l'impétigo, mais comme lui elle est épidémique. C'est une maladie scolaire sans doute transmise par les porte-plumes mâchonnés. Cette épidémie, connexe, presque toujours, d'une épidémie de dartre volante de même nature microbienne, ne présente aucune gravité. La nature streptococcique de ces diverses lésions est mise en évidence par les méthodes de culture de l'impétigo commun (p. 10).

Le traitement de la perlèche est celui de l'impétigo, frictions fréquentes avec :

Eau distillée	100 grammes.
Sulfate de zinc	1 gramme.

ou bien avec :

Nitrate d'argent	5 grammes.
Eau distillée	100 —

et pansements la nuit avec :

Oxyde de zinc	7 grammes.
Vaseline	30 —

uand la perlèche s'accompagne de lésions cutanées rayonnantes un u larges, celles-ci se trouvent bien de l'application de pommades liques faibles :

Huile de cade	āā 5 grammes.
Oxyde de zinc	
Vaseline	āā 15 —
Lanoline	

HERPÈS FÉBRILE

L'herpès fébrile s'observe le plus souvent, sur la face cutanée de la re inférieure, près de la commissure; mais il peut s'observer sur ites les régions circonvoisines.

Il est menstruel et alors souvent périodique; ou bien il coïncide ec de l'herpès amygdalien, de l'angine simple ou même avec un laise général, une migraine. Sa valeur *critique*, si remarquée de ncienne médecine, reste très vraie dans plusieurs états infectieux gus, particulièrement dans la pneumonie.

Le bouquet d'herpès est constitué par 4 à 10 petites vésicules lou-es, oblongues, réunies côte à côte mais irrégulièrement, en un ou ux petits groupes, toutes égales entre elles, de 2 à 3 millimètres de amètre et ayant exactement la forme d'un demi-œuf coupé suivant n grand axe. La dimension, l'égalité des vésicules et la topographie leur distribution sont les principaux éléments du diagnostic. Ces sicules naissent ensemble et évoluent du même pas, toutes réunies r un petit placard érythémateux commun, qui s'efface dès le troi-me jour.

Si les vésicules d'herpès sont ouvertes par le grattage, leur coupole née est remplacée par une croûtelle séreuse cristalline, sous laquelle guérison de la lésion s'effectue. Elle a disparu en huit à dix jours ctement.

ucun traitement ne modifie l'évolution spontanée de l'herpès.

'herpès s'accompagne toujours, à son début, d'une adénite légère-nt sensible.

ISSURATION — HALE — ECZÉMA DU BORD ROUGE DES LÈVRES

ous l'influence du froid, du vent, naît chez quelques personnes un inflammatoire du bord rouge des lèvres, lequel est des plus dou-

loureux et des plus pénibles; la douleur étant marquée surtout dans le mouvement des lèvres, particulièrement aux repas, lorsque le sujet mange des mets acides ou poivrés.



Fig. 33. — Eczéma chronique des lèvres. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 849.)

La lésion ressemble à une brûlure, le bord rouge des lèvres est en desquamation, et paraît recouvert de débris collés de pelures d'oignon. De-ci, de-là, existent des fissures antéro-postérieures ou transverses, quelquefois profondes, douloureuses, donnant dans ce cas une goutte de sérosité ou de sang.

Cet état plus fréquent en hiver et évoluant alors comme les engelures, qu'il accompagne fort souvent, peut exister seul, même en été, et se comporte comme un eczéma (fig. 33). Dans ce cas, il est souvent lié à une réaction salivaire hyperacide ou à un eczéma du bord cutané des lèvres (p. 85).

Lorsqu'il s'agit d'un érythème *a frigore* les préparations glycérinées réussissent très bien :

Glycéré d'amidon neutre.	30 grammes.
Acide tartrique.	30 centigrammes.
Résorcine	30 —

Elles soulagent immédiatement le malade et suffisent même en quelques semaines à sa guérison.

Quand il s'agit de lésions liées à l'eczéma externe ou à l'acidité salivaire, le traitement alcalin buccal et gastrique est tout à fait indiqué. On essaiera localement les glycérolés au goudron :

Goudron liquide.	5 grammes.
Extrait fluide de panama Q. S. pour saponifier.	
Glycéré d'amidon neutre.	50 —

qu'on peut dans les cas tenaces alterner avec les badigeons de nitrate d'argent au 1/15e.

ECZÉMA DES BORDS CUTANÉS DES LÈVRES

C'est une affection des plus pénibles et des plus rebelles. Elle a pour ège exactement le point où la peau rejoint la demi-muqueuse du rd rouge des lèvres.

La lésion peut ourler ainsi les deux lèvres, mais siège souvent à la vre inférieure seule. Elle s'accompagne ou non de l'état desquamant fissuraire du bord rouge des lèvres que je viens de décrire.

Elle peut être disposée comme un liséré de 3 millimètres de diamètre a s'étendre sur une largeur de un centimètre environ. Son bord est et du côté de la demi-muqueuse, diffus et mal délimité du côté de la eau. Sur sa surface, l'épiderme corné manque, la surface excoriée est un rouge un peu jaunâtre, un peu suintante, recouverte d'une pousère de croûtes cristallines. De distance en distance on observe, tracées erticalement, de petites fissures plus ou moins marquées, douloueuses. La lésion est perpétuellement cuisante, davantage pendant et près les repas.

La durée de cette affection est fort longue. Elle est récidivante et aroxystique. Elle se développe souvent peu à peu, par un bord externe olycirciné, un peu estompé.

C'est peut-être une lésion streptococcique et non un eczéma [1]. Son raitement est difficile. Les pommades couvrantes simples sont tout à ait insuffisantes, et leur application suivie de résultats nuls. J'ai vu es applications de teinture d'iode diluées au 1/10e modifier très heueusement cette dermatose en extension. Entre les applications quotiiennes de cette mixture on appliquait une pommade de zinc.

Le nitrate d'argent au 1/5e et même au 1/3, au pinceau, donne galement de bons résultats.

Comme dans tous les cas analogues, étudier et modifier quand il y a ieu les réactions salivaires et le chimisme stomacal. Enfin penser à eczéma dont les causes traumatiques sont mentionnées ci-dessous.

(1) D'après les derniers travaux de l'école française : Besnier, Brocq, Veillon, bouraud, etc..., le nom d'eczéma doit être réservé à un processus caractérisé ssentiellement par des lésions finement vésiculeuses et *primitivement amicroennes* pour tous les moyens actuels d'investigation.

ECZÉMA ARTIFICIEL

Dans les eczémas orbiculaires des lèvres, quelque type objectif qu'ils affectent, le médecin doit toujours songer aux dermites traumatiques qu'ont déterminées souvent les crayons de rouge, les pâtes dentifrices, spécialement les pâtes ou poudres salolées. L'odeur du salol dans ces pâtes ou poudres est éminemment reconnaissable. La cause reconnue et supprimée, le traitement le plus simple fait disparaître les lésions.

Un ou deux jours de pansement humide, et pâte de zinc.

Axonge absolument fraîche.	ãã 30 grammes.
Oxyde de zinc.	

L'huile d'amandes douces fraîche est préférable dans le cas de dermite aiguë intolérante.

MILIUM

On peut voir exactement à la limite du bord rouge des lèvres et de la peau un ou deux rangs de petits kystes ronds miliaires blancs : *milium*.

Cette lésion est insignifiante, indolore : le malade lorsqu'il l'aperçoit peut en prendre peur ou bien, si c'est une femme, la trouver laide.

Elle est très facile à détruire, kyste par kyste, chacun avec une ponctuation du plus fin des galvano-cautères.

En deux ou trois séances la guérison en est obtenue.

CHANCRE INDURÉ

Le *chancre induré* peut exister presque indifféremment en tous points des lèvres. Il est presque toujours typique. C'est une lésion ronde, un peu saillante, de consistance presque cartilagineuse, incluse dans la peau, montrant une surface plate, rouge, à peine exulcérée, non suintante. Le ganglion indicateur peut être pré-auriculaire, sous-maxillaire ou sus-hyoïdien, suivant la place du chancre.

La marche, la durée, l'évolution de la lésion est typique comme son aspect. Le chancre de la lèvre ne comporte aucun traitement local

tif. Les emplâtres (Vigo, minium-cinabre, etc.) dont on le recouvre e l'empêchent pas de guérir. La syphilis qui suit les chancres extra-énitaux ne comporte pas un pronostic spécialement grave comme on a dit.

La contagion d'un chancre de la lèvre est trop évidemment possible our qu'il y ait lieu d'y insister auprès du médecin, mais le médecin oit à plusieurs reprises en avertir le malade et le mettre en garde ontre les baisers donnés par inadvertance.

PLAQUES MUQUEUSES

Les plaques muqueuses peuvent s'observer à la face muqueuse des èvres comme partout dans la bouche; elles y gardent leurs caractères abituels : leurs dimensions de trois à quatre millimètres, leur orme ovale, leur dépression centrale, légère, de couleur rouge, leurs ords gris.

Les plaques muqueuses commissurales « en feuillet de livre » sont articulières. Elles peuvent atteindre à des dimensions exceptionelles; leur bord gris, dépassant la lèvre en dehors, ourle alors les ommissures comme la membrane commissurale du bec des tout etits oiseaux. A distance même, l'aspect en est singulier. Ces lésions, ui peuvent s'observer à tout âge, sont très fréquentes chez les nourissons syphilitiques. Elles accompagnent très ordinairement une oséole floride ou une éruption papuleuse secondaire abondante sur out le corps et qui ne laisse aucun doute à l'œil du médecin. La ouche aussi contient des plaques muqueuses du type banal.

Le traitement des plaques muqueuses par le nitrate d'argent est raditionnel et passe pour hâter leur évolution. Le traitement général uand il n'est pas encore commencé doit être institué sans retard.

Il est inutile d'insister sur le danger extrême de contagion que présentent les malades atteints de plaques muqueuses commissurales. Le aiser doit leur être interdit, de la façon la plus formelle et la plus xplicite.

SYPHILOME TERTIAIRE HYPERTROPHIQUE

Les lèvres, particulièrement la lèvre inférieure, peuvent être le siège une lésion tertiaire hypertrophique qu'il faut connaître.

La lésion occupe toute la face profonde de la lèvre et présente les plus grandes ressemblances avec celles de la langue syphilitique tertiaire. La muqueuse est mamelonnaire, bosselée, parcourue de cicatrices blanches des lésions anciennes; à côté de ces cicatrices existent souvent des ulcérations plates et roses en voies de cicatrisation lente. Les lésions s'arrêtent au milieu du bord rouge des lèvres, visiblement épaissi, éversé et difforme. Il y a souvent des rhagades commissurales. Ces lésions s'accompagnent toujours d'un peu d'hypersécrétion salivaire.

Bien que les lésions tertiaires soient réputées non contagieuses, de grands doutes peuvent persister au sujet de celles-ci. Le malade doit en être averti.

L'évolution spontanée de ces lésions est chronique, progressive. Elles résistent aux traitements usuels des syphilis moyennes et doivent faire recourir aux traitements intensifs. Injection bi-hebdomadaire d'huile grise au 1/40 ($0^{cg},08$) ou frictions quotidennes avec 4 à 6 grammes d'onguent mercuriel double. Le sirop de Gibert à forte dose peut être conseillé aux patients dont l'estomac est complaisant. Les traitements locaux ne doivent pas être négligés : cautérisation des ulcères et rhagades, soit au nitrate d'argent, soit au chlorure de zinc au 1/15, soit à l'acide chromique au 1/5, qui donne des résultats excellents.

La nuit, le port d'une mentonnière compressive en caoutchouc, très modérément serrée, active la résorption des infiltrats et aide à ramener plus promptement la lèvre à son volume normal.

LEUCOPLASIE NON SYPHILITIQUE

C'est l'ancien psoriasis buccal déjà étudié par nous avec les lésions de la bouche en général (p. 42). Il n'a d'ailleurs aucun rapport avec le psoriasis; il ne semble pas en avoir davantage avec la syphilis, quoi qu'on en ait dit.

La précession des plaques blanches de fumeur à l'intérieur des commissures buccales n'est pas nécessaire à son action, mais s'observe fréquemment.

La leucoplasie buccale s'observe sur la face interne de la lèvre comme sur celle des joues ou sur la muqueuse des gencives. Partout ses lésions ont l'aspect d'une mince couche de blanc d'œuf coag collée à la peau, et qu'il suffirait de pousser du doigt pour qu'elle

décolle : mais ces plaques blanches sont au contraire totalement adhérentes à la muqueuse. Elles ont un relief plat à peine sensible, à la surface : elles sont largement plissées ou quadrillées suivant la région de la bouche qu'elles occupent. A la commissure, elles sont partagées par des plicatures rayonnantes en patte d'oie.

Cette lésion est à rattacher aux hyperkératoses. On les observe à partir de 20, 25, 30 ans. Elles sont chroniques et ne disparaissent jamais. Mais elles changent lentement de place et peuvent par endroit diminuer, pour reprendre, et s'agrandir. A partir de 40, 45 ans, elles sont une menace perpétuelle d'épithélioma. La transformation épithéliomateuse de ces lésions est si fréquente, que la nature épithéliomateuse de la leucoplasie elle-même a pu être soutenue.

Le traitement est presque nul. Ne rien faire ou tout détruire est une règle bonne à suivre, car il faut craindre dans ces cas les demi-interventions : on a préconisé les raclages, la destruction totale au galvanocautère, etc. L'action des rayons X est certaine, mais leur application est difficile, et les résultats d'avenir qu'on escompte ne sont pas encore démontrés constants.

Dans les cas moyens on peut se borner à une surveillance permanente de la lésion, à des bains de bouche fréquents avec l'eau (cuprique) de Saint-Christau (source des Arceaux) et à la suppression absolue de toute irritation locale comme celle du tabac.

ÉPITHÉLIOMA

L'épithélioma de la lèvre peut suivre la leucoplasie dont la description précède. Sur une plaque de leucoplasie chronique naît et se développe un bourrelet épithéliomateux plat ou une tumeur saillante. L'épithélioma de la lèvre peut se greffer sur le syphilome tertiaire que nous avons décrit tout à l'heure (p. 87). Il est ordinairement plus végétant que le précédent, souvent en forme de framboise plus ou moins saillante.

Enfin l'épithélioma peut se développer sur le bord de la lèvre sans avoir été précédé d'aucune lésion dermatologique ou autre. Il affecte dans ce cas la forme et l'allure commune aux épithéliomas de la face (p. 54). Pourtant il en existe des formes frambœsoïdes comme des formes ulcéreuses. En pressant le bourrelet épithéliomateux entre les

doigts, on en fait sourdre, avec quelques gouttes de sang, des filaments blanchâtres (vermiotes), que le microscope montre constitués de cellules et de globes épidermiques. En cette dernière localisation, au bord des lèvres, l'épithélioma est de marche moins rapidement extensive que l'épithélioma sursyphilitique et surtout que l'épithélioma des leucoplasies dont la gravité est souvent excessive.

Il est impossible de se prononcer encore absolument sur la valeur des rayons X dans le traitement des épithéliomas de ces régions. Je dois dire cependant que j'ai traité avec mon adjoint M. Noiré une femme atteinte d'épithélioma surleucoplasique de la commissure, deux fois opéré par le chirurgien et récidivant, adhérent à la mâchoire et jugé par le chirurgien inopérable; la guérison en apparence complète a été obtenue en 8 séances de 5 unités H chacune; la malade n'est plus traitée depuis 5 mois et est revue par nous mensuellement. Il serait infiniment à désirer que de tels résultats fussent *constants* et *durables*, sans qu'on puisse les dire définitivement acquis.

En dehors de la radiothérapie on ne pourrait conseiller que l'exérèse large chirurgicale; ce procédé est compatible avec la radiothérapie ultérieure de la cicatrice [1].

LUPUS DE LA LÈVRE

Le lupus de la face profonde de la lèvre n'existe guère seul, il accompagne ordinairement un lupus de la face dont il représente l'extension.

Il est rarement ulcéreux, surtout au début; il est ordinairement hypertrophique et papillomateux. La lèvre est doublée d'épaisseur par un œdème dur de la profondeur. Et, en outre, sa surface est fongueuse et papillomateuse. Tantôt ces fongosités sont molles, et il y a plus de tendance à l'ulcération, tantôt ce sont des villosités papillomateuses plus dures et la tendance du processus est hypertrophique. Ce processus est très chronique et lentement progressif. Il s'étend à la gencive (p. 44) et aux joues.

L'ulcération lupique n'est pas très creuse; elle est jaune, atone, peu suppurante. Jamais ce processus ne rétrocède seul.

[1] Les épithéliomas de la lèvre inférieure ne sont pas tous guéris par la radiothérapie (Brocq). Il se peut que les épithéliomas lobulés pavimenteux lui résistent (Darier).

Le traitement par excellence de ces formes morbides reste la photo-
rapie de Finsen (p. 25); on peut y adjoindre l'exérèse des pro-
ctions condylomateuses ou hypertrophiques aux ciseaux et à la
rette tranchante. Comme moyens accessoires nous mentionnerons
galvano-cautère, dont les résultats premiers sont très bons, mais
i, dans ce lupus comme dans les autres, améliore et ne guérit pas.
us mentionnerons aussi le traitement des ulcérations par l'acide
tique pur ou le chlorure de zinc au 1/15, dont les résultats sont
s frappants dans la forme morbide dont la description va suivre.

TUBERCULOSE DE LA LÈVRE

Comme à la langue et à la gorge, il existe une tuberculose gom-
euse et ulcéreuse de la lèvre tout à fait différente d'aspect et de
rche du lupus de même siège.

Ordinairement la lésion est une fissure déchiquetée, ulcéreuse, dont
n des bords au moins est dur et calleux. L'ulcération ouverte est
llée à pic, son fond est jaunâtre, parsemé de points rouges. Elle
ppure peu, est très sensible même au simple contact. Elle siège ou
n sur une tumeur plus ou moins nettement distincte ou en nappe
la profondeur. Dans les cas où l'un ou les deux bords de l'ulcère
nt calleux, la tumeur sous-jacente à l'ulcération peut manquer.
tte lésion peut accompagner ou suivre la tuberculose de la langue
. 55) et elle comporte le même traitement, le même pronostic
cal, le même pronostic général :

...le même traitement : Photothérapie, destruction au galvano-
utère, cautérisation au chlorure de zinc et à l'acide lactique;

...le même pronostic local en général médiocre, quoiqu'on puisse
server la guérison locale par les moyens précités;

...le même pronostic général fâcheux ou du moins très réservé, car
s lésions (au contraire du lupus) accompagnent en général une
berculose pulmonaire. Et il est de règle, quand une tuberculose
lmonaire s'accompagne de lésions laryngées, linguales ou labiales,
e son pronostic propre soit funeste.

NARINES

La pathologie de la narine se résume vraiment pour le dermatologiste en quatre chapitres, et en dehors des types morbides que nous allons étudier tout autre est exceptionnel ou négligeable.

*1° Le premier est l'*impétigo narinaire *streptococcique chronique, qui est chez l'enfant la cause des récidives de l'impétigo du visage, de la gourme. . . . . .*	**Impétigo narinaire streptococcique. . p. 92.**
Et avec ce premier type morbide nous étudierons l'érysipéloïde *à répétition du centre du visage, qui peut en être la conséquence. . . . .*	**Erysipéloïde à répétition . . . . p. 94.**
2° Le second de ces types nosographiques est la rhinite staphylococcique *chronique antérieure, née de la blépharite pustuleuse et cause du sycosis pustuleux de la moustache . . . .*	**Rhinite antérieure staphylococcique. . p. 94.**
Avec elle nous étudierons les folliculites *narinaires. . . . .*	**Folliculites . . . . p. 95.**
... Et la fissure *de l'angle antérieur de la narine. . . . .*	**Fissure narinaire. . p. 96.**
... enfin le furoncle*. . . . .*	**Furoncle . . . . . p. 95.**
3° Le troisième chapitre étudiera le lupus tuberculeux *d'origine nasale et son développement . . . .*	**Lupus narinaire . . p. 96.**
4° Enfin les narines sont l'un des sièges de prédilection des lésions syphilitiques *tertiaires ou héréditaires, qu'il nous faudra étudier brièvement. . . . .*	**Syphilis nasale. . . p. 98.**
Je placerai en fin de chapitre quelques mots sur la maladie exotique qu'on appelle le rhinosclérome*. . . . .*	**Rhinosclérome. . . p. 100.**

IMPÉTIGO NARINAIRE STREPTOCOCCIQUE

Des croûtes jaunes obstruant perpétuellement la cavité narinaire, un écoulement séreux continu venant du nez et coulant sur la lèvre

ieure, voilà en quoi consiste l'impétigo narinaire. Il est survenu un impétigo du visage et persiste après lui. La nuit, le mucus se concrète en croûtes jaunâtres et le nez s'obstrue. Au réveil int mouche ces croûtes et l'écoulement se reproduit. La culture roûtes et de l'écoulement narinaire, pratiquée comme il a été dit haut (p. 10), donne la preuve de la présence du streptocoque en ieures. Souvent l'enfant garde au coin des lèvres (perlèche) 1) ou dans le pli rétro-auriculaire (p. 121) des fissures et un impé- chronique du pli (intertrigo). D'autres fois le visage de l'enfant ici ou là des taches mal délimitées du *pityriasis alba faciei* 1) des vieux auteurs, dartre volante, qui est une lésion strepto- que furfuracée. L'impétigo chronique narinaire est une cause iente de récidives d'impétigo aigu.

la longue, le coryza impétigineux détermine dans les parties avoi- ites un œdème chronique du nez, de la lèvre, en général peu pro- é mais quand même visible, dont beaucoup de médecins font une ·téristique de « lymphatisme » ; c'est une lymphangite en relation l'impétigo narinaire et chronique avec lui. Elle disparaît peu à iprès la guérison de sa cause.

traitement consiste surtout en badigeonnages intra-narinaires au ·au mouillé d'une solution de nitrate d'argent au 1/20 :

Eau distillée	40 grammes.
Nitrate d'argent.	2 —

une solution d'ichtyol au 1/10 :

Ichtyol.	10 grammes.
Résorcine	5 —
Eau distillée	100 —

applications la nuit d'une pommade antiseptique douce comme :

Tannin à l'éther . . . . }	ãã 30 centigrammes.
Calomel à la vapeur. . . . . }	
Vaseline.	30 grammes.

en comme :

Résorcine	50 centigrammes.
Oxyde de zinc	7 grammes.
Vaseline.	30 —

lésion récidive souvent quand on la croit guérie. Dans ce cas ne ésiter à reprendre le traitement jusqu'à guérison définitive.

ÉRYSIPÉLOÏDE (DIT DES STRUMEUX)

Lorsque l'impétigo narinaire existe à l'état chronique, il n'est pas étonnant que l'érysipéloïde à répétition du centre du visage soit fréquent. C'est le fait bactériologique que les cliniciens expriment en disant qu'il survient surtout « chez les enfants pâles, gros, bouffis, *à la lèvre supérieure saillante*, « à la peau molle » (Critzmann). Mais chez les enfants qui résorbent chroniquement du streptocoque et de ses produits, en ce même point, l'érysipèle a une marche toute spéciale. Il est caractérisé par « une invasion peu bruyante, une fièvre « modérée ou nulle, un gonflement considérable mais peu rouge et « peu douloureux, une marche lente et non envahissante, et de fréquentes récidives » (Comby).

En somme, l'érysipèle présente tous ses caractères habituels mais atténués. Il est remarquable de voir qu'il s'accompagne souvent à son début de phlyctènes vraies ou de phlycténules superficielles, identiques d'aspect et de flore aux phlyctènes initiales de l'impétigo, mais au-dessous d'elles la peau est prise par l'infection dans toute son épaisseur. Elle est trop rose, livide, gonflée... Ce n'est plus une épidermite, c'est une dermite, à streptocoque.

L'évolution est celle d'un érysipèle bénin; néanmoins la température peut exceptionnellement dépasser 39 degrés. Le traitement est celui de tout érysipèle du visage (p. 26).

RHINITE ANTÉRIEURE STAPHYLOCOCCIQUE

Elle a par elle-même très peu de symptômes. Le sujet, qui d'ordinaire n'est plus un enfant mais un adulte, présente un « rhume de cerveau » qui récidive 10 fois par an et demeure quasi perpétuel.

Quand on examine les paupières, elles présentent de la blépharite chronique du bord ciliaire qui est rouge et écailleux au réveil. Elles portent, en outre, des orgelets en série indéfinie, depuis des années. Cette blépharite pustuleuse (p. 140), qui est aux paupières ce qu'est l'impétigo de Bockhart chronique au cuir chevelu (p. 204), est d'origine staphylococcique. L'écoulement lacrymal microbien ensemence le nez qui fait de la rhinite antérieure à répétition. Cette rhinite ensemencera à son tour la région sous-narinaire de la moustache et reproduira des pustules folliculaires orificielles staphylococciques, *vulgò* : sycosis (p. 165). Le traitement de celui-ci suppose le traitement

nez : le traitement du nez suppose celui des paupières (p. 140).
Le traitement de la rhinite staphylococcique qui donne les meilleurs ultats est le humage quotidien ou biquotidien d'un verre d'eau ysiologique chaude.

La nuit appliquer dans les narines un peu de la pommade suivante :

Ichtyol.	ãã	1 gramme.
Résorcine		
Bioxyde jaune Hg.		
Huile de bouleau		
Vaseline.		30 grammes.

Si cette pommade est irritante y supprimer le bioxyde jaune.

PUSTULATION FOLLICULAIRE INTRA-NARINAIRE

En concomitance avec le sycosis de la moustache qui suit la rhinite phylococcique, ou même en concomitance avec cette rhinite sans cosis de la moustache, on voit une pustulation récidivante et chroque de la narine se produire à la base des poils narinaires. Cette stulation peut obliger aux mêmes traitements que le sycosis de la oustache (p. 165) : épilation, rayons X. On doit toujours commencer r pratiquer pendant plusieurs semaines le lavage du nez à l'eau ysiologique et par essayer les topiques locaux tels que la lotion ufrée :

Soufre précipité.	10 grammes.
Alcool à 90°	20 —
Eau de roses.	70 —

la pommade au bioxyde jaune d'hydrargyre à 1 pour 100 qui donne uvent des résultats très satisfaisants.

FURONCULOSE NARINAIRE

Quelquefois, à l'entrée de la narine, on voit évoluer un furoncle i qui procède d'une pustule orificielle folliculaire du type précént. Le mécanisme de ces consécutions sera expliqué plus loin 204). Ce furoncle est très douloureux parce qu'il se développe ns un derme très dense. Il est très déformant pour le visage à cause l'œdème circonférentiel qu'il provoque, et il évolue vers la forman d'un séquestre conjonctif bourbilleux à la façon du furoncle vrai.

commun. Enfin il laisse après lui un œdème régional très long à disparaître. Le traitement de ce furoncle ne diffère pas de celui du furoncle en général (p. 206).

FISSURE NARINAIRE

Dans l'ensemble symptomatique que résument les trois articles précédents, figure souvent une fissure de la commissure narinaire antérieure, de durée longue, et récidivant après guérison. En aplatissant le nez on la fait ouvrir et bâiller : elle est souvent de proportions très minimes, sans rapport apparent avec les symptômes fonctionnels dont elle s'accompagne, car elle est sensible à tous contacts. Elle suit, précède, ou accompagne la pustulation folliculaire intra-narinaire ; les attouchements au pinceau avec une goutte de *Baume du Commandeur*, les badigeonnages répétés de nitrate d'argent au 1/15, les pommades cadiques et l'huile de cade pure, donnent dans ces cas de bons résultats à condition que l'application en soit poursuivie un temps suffisant.

La cautérisation aux deux crayons, de nitrate d'argent d'abord et de zinc métallique ensuite, sera employée quand les premiers moyens auront échoué. La répéter chaque semaine jusqu'à guérison.

LUPUS TUBERCULEUX

Le lupus tuberculeux présente au centre du visage sa localisation la plus fréquente. Neuf fois sur dix il paraît d'origine narinaire et débute par l'orifice même du nez. On sait que les recherches de Straus ont montré la présence du bacille tuberculeux sur la muqueuse du nez de l'homme sain. Respiré avec les poussières de l'air, il est arrêté par le feutrage des poils narinaires, c'est là sans doute l'origine d'un certain nombre, au moins, des lupus si fréquents de ce siège.

Ce lupus débute ordinairement sur le rebord de la narine par un ou deux tubercules un peu saillants, roses, dont la congestion s'efface à la vitropression, sauf pour le point jaune-rouge du centre. Ces tubercules grandissent, se multiplient, la nappe lupique dépasse l'orifice et envahit l'aile du nez ou le lobule.

Ici, comme partout, le lupus subit l'une ou l'autre des évolutions

en connues que nous avons énumérées (p. 21) : évolution progres-
re, scléreuse, lente; évolution progressive rapide à tubercules cutanés
ous (cette évolution laissant un placard saillant mollasse, qui peut
venir fongueux et s'ulcérer) ; évolution ulcéreuse mutilante.

Le lupus du nez est le plus dangereux de tous par son évolution



Fig. 34. — Lupus mutilant du nez et des lèvres ayant amené l'atrésie buccale et narinaire. (Malade de Le Dentu. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 570.)

opre, son siège et la difficulté d'application du seul traitement vrai-
ent curateur, qui est la photothérapie.

La loi qui doit régir la thérapeutique du lupus est plus vraie pour
lupus que pour tout autre. Il faut faire le diagnostic dès le début et

obliger le malade à se soigner sans retard. Les difficultés du traitement croissent avec la dimension et l'âge des lésions [1].

On peut, suivant le conseil de Finsen, combiner à la photothérapie la discission des nodules lupiques par la scarification, la cautérisation des ulcères au permanganate de potasse au 1/100, au 1/10 ou même pur.

Le traitement de l'intérieur des narines, presque inaccessibles à la photothérapie, appelle l'intervention répétée du galvano-cautère et les cautérisations aux deux crayons (p. 24).

Mais qu'on se rappelle bien que la photothérapie est nécessaire, et qu'on pousse le malade le plus possible à hâter cette intervention qui est la seule efficace absolument quand elle est bien faite. C'est la honte de la thérapeutique de voir encore de temps à autre des malades analogues à celui que représente la figure 34, des cas où la cicatrice a été faite si tardivement, est si difforme, si atrésique, que le visage en demeure monstrueux. De tels malheurs ne devraient plus se renouveler, puisqu'on a désormais le moyen de les éviter.

SYPHILIS — PERFORATION DE LA CLOISON — NEZ EN LORGNETTE

Les lésions tertiaires des narines sont fréquentes, ce sont surtout des lésions osseuses. Le squelette du nez est un des sièges d'élection des lésions de la syphilis vieille; ces lésions sont insidieuses, elles surviennent et elles évoluent sans douleur; c'est un coryza chronique au cours duquel le malade mouche du pus vrai, puis un jour, parmi le pus, des esquilles osseuses.... Tantôt la lésion siège sur la cloison et la perfore. (Presque toutes les perforations de la cloison appartiennent à la syphilis tertiaire ou héréditaire ulcéreuse.) Tantôt les lésions siègent dans le squelette de la glabelle, aux os propres du nez. Dans ce cas le coryza chronique suppure longuement, les éliminations osseuses se répètent, l'haleine est fétide, quelquefois même horriblement. Puis un jour le squelette du nez s'effondre, le dos en arête du nez garde sa forme, mais il s'est enfoncé dans une ogive que les deux apophyses montantes des maxillaires supérieurs restés intacts lui dessinent. Ce nez rentré en lui-même, ce nez *en lorgnette* est tout à fait caractéristique de la syphilis tertiaire. Il per-

[1] Pour le traitement photothérapique, voir p. 23.

autant plus de porter un diagnostic rétrospectif, que cette lésion is constituée demeure permanente, naturellement, malgré tout nent.

raitement à effectuer au plus tôt est celui de la syphilis de tous



55. — Syphilis tertiaire du squelette nasal « nez en lorgnette ». (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

. Se hâter, car ces lésions, souvent, marchent vite et sont irrépa-
.

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE DU NEZ

syphilis *héréditaire* tardive peut se manifester au nez et aux s par des lésions ulcéreuses qui copient d'assez près le type du ılcéreux de même siège pour être d'ordinaire confondues avec lui. t un ulcère gommeux d'apparence torpide, évoluant sans ımes fonctionnels, et surtout sans douleur, lentement, progresnt, et qui finit par convertir le centre de la face en un vaste

ulcère ayant détruit la sous-cloison, la partie supérieure de la lèvre, quelquefois toute la partie inférieure du nez; le squelette lui-même est atteint et détruit.

Ces lésions mutilantes, heureusement rares, s'observent à l'âge du lupus, 12-15-18 ans, ce qui ajoute à la difficulté du diagnostic. Les stigmates de l'hérédité syphilitique : dents, œil, oreille, tibias, etc., doivent être recherchés soigneusement. La lésion est gommeuse et s'ulcère sans délai. Le lupus suit rarement cette évolution. Il est hypertrophique avant d'être ulcéreux, le plus souvent. La syphilis détruit, perfore et séquestre les os; la tuberculose s'y attache seulement par la surface, elle les corrode lentement, sans les trouer, sans produire de séquestration proprement dite.

Le traitement est souvent la seule démonstration de la nature syphilitique de la maladie. Encore la syphilis héréditaire peut-elle résister longtemps au traitement mixte le mieux conduit, et beaucoup de lupus tuberculeux retirent-ils un certain bénéfice des traitements mercuriels au moins au début!

RHINOSCLÉROME

Le rhinosclérome est une maladie de l'Amérique équinoxiale caractérisée par un catarrhe rhino-pharyngien et une néoplasie en nappe des mêmes régions. Cette néoplasie de mœurs relativement bénignes peut cependant envahir la gorge entière, les piliers, le voile du palais et se terminer par la mort. En général elle se propage à l'orifice narinaire et à la lèvre supérieure sous la forme d'une tumeur en croissant entourant l'orifice du nez et faisant corps avec la lèvre. Cette tumeur est d'un rouge violacé, de forme très régulière, de consistance dure, son évolution en nos pays s'arrête souvent. Cette maladie paraît due à un bacille très analogue, sinon identique, au pneumo-bacille de Friedlander, et qu'on trouve inclus dans les grandes cellules phagocytaires caractéristiques de la maladie. On a appliqué à cette affection tous les traitements préconisés contre le lupus. Contre les lésions jeunes on pourrait essayer l'opération chirurgicale : l'ouverture du nez et le grattage. Quand l'opération devrait forcément être incomplète, les traitements palliatifs sont les seuls qui vaillent, et la dilatation mécanique des fosses nasales reste l'un des plus utiles.

NEZ ET JOUES

Le nez avec le centre du visage est l'une des régions dermatologiques les plus intéressantes qui soient :

On y voit débuter la séborrhée et les processus séborrhéiques ou sur-séborrhéiques les plus divers. C'est sur les ailes et le lobule du nez que commence la dilatation des pores sébacées qui signale la séborrhée vraie.	**Séborrhée. . . . . p. 102.**
C'est là aussi qu'on voit naître toutes ses complications, l'acné-comédon avec ses ponctuations noires.	**Acné-comédon . . p. 104.**
...L'acné polymorphe avec ses éléments variés : rougeurs, éléments indurés, pustuleux, kystiques, etc.	**Acné polymorphe. . p. 104.**
...Et même le plus souvent l'acné nécrotique qui laisse des cicatrices varioliformes.	**Acné nécrotique. . p. 104.**
C'est enfin dans le pli naso-génien que naît l'une des plus fréquentes complications de la séborrhée des régions glabres : le pityriasis à squames stéatoïdes.	**Pityriasis du sillon naso-génien . . . p. 106.**
Tout le groupe des dermatoses liées aux troubles vasomoteurs et vasculaires a encore au nez un siège de prédilection. On voit au lobule le type le plus net de l'engelure permanente ou récidivante	**Troubles vaso-moteurs. Engelures. p. 107.**
On y observe même l'érythème pernio qui semble couvrir le nez d'une engelure en nappe.	**Érythème pernio. . p. 108.**
Le dos et les faces latérales du nez sont le siège le plus fréquent du lupus érythémateux fixe, en vespertilio *. . . . . . .*	**Lupus érythémateux. . . . . . . p. 108.**
On observe au nez non seulement des érythèmes tuberculeux, mais des tuberculoses vraies, car le lobule et les ailes du nez sont souvent atteints et détruits par le lupus tuberculeux né au pourtour de l'orifice narinaire.	**Lupus tuberculeux. p. 110.**

Le nez peut être le siège de tout un groupe de syphilides tertiaires acnéiformes particulières.	**Syphilides tertiaires . . . . p. 110**
Enfin, vers la cinquantaine, tout un groupe de lésions congestives passives s'allient à la séborrhée pour créer au centre du visage des types nouveaux. Des varices du nez qui dessinent, sur les ailes et le lobule, des serpents violets flexueux, ou bien cette congestion passive qui fait les gros nez rouges qu'on a dit spéciaux aux buveurs.	**Acné congestive de la cinquantaine. Couperose . . . . p. 111.**
...Et cette congestion passive s'accompagne de tous les types d'acné évoluant au milieu d'un processus hypertrophique et même néoplasique bénin.	**Acné hypertrophique. Rhynophyma. p. 112.**
D'autres processus néoplasiques papillomateux peuvent se superposer à la séborrhée de la cinquantaine	**Verrues séniles. . . p. 113.**
...Et dont quelques-uns moins bénins, tels que l'épithélioma qui s'y montre lui-même d'une bénignité relative au moins au début.	**Epithélioma . . . . p. 115.**
Enfin je terminerai ce chapitre en disant quelques mots de divers faits cliniques de moindre importance ou de moindre fréquence qui peuvent s'observer dans la même région.	**Hypertrichose . . . p. 116.** **Nævi . . . . p. 116.** **Xanthelasma. . . . p. 116.** **Molluscum contagiosum . . . . . p. 116.** **Adénomes sébacés . p. 117.** **Maladie de Darier . p. 117.** **Morve. . . . . . . p. 118.**

SÉBORRHÉE

Tout le monde connaît cet état de la peau du nez si marqué chez certaines personnes et dans lequel la peau prend un grain grossier et se couvre de pertuis visibles qui sont les orifices des glandes sébacées. C'est là la lésion élémentaire de la séborrhée (p. 14). La séborrhée débute dans le pli naso-génien et sur le nez un peu avant l'âge de la puberté. Elle se prononce et étend les limites de son premier domaine pendant la juvénilité.

Cet état a tous les degrés, les moins marqués à peine reconnais-

ables, les plus marqués dans lesquels le nez se couvre vers le soir d'une couche oléagineuse, issue des pores sébacés. La caractéristique de cet état qui ne présente aucun signe subjectif est la surproduction de la graisse cutanée et son accumulation dans les canaux sébacés.

Les doigts expriment cette graisse qui sort de chaque orifice sébacé comme un ver. Ce cylindre gras, origine du comédon, est une colonie du microbacille caractéristique de l'état séborrhéique que je viens de décrire (voir ses méthodes d'examen, et de culture, p. 14).

Dans ses formes excessives, l'abondance de l'hypersécrétion appelle un traitement. Dans les formes les moins marquées de cet état morbide, quasi normal, la plupart des sujets ne se traitent pas.

Le traitement a pour agent électif le soufre qu'on peut employer en poudre, lotion, pommade. En dépit des idées préconçues de beaucoup d'auteurs, l'expérience montre que les pommades font aussi bien que les lotions :

POUDRE

Soufre précipité	ãã 15 grammes.
Oxyde de zinc	
Talc de Venise	

Cette poudre est appliquée avec une houppe à poudre de riz le soir (en protégeant les yeux avec un peu de vaseline aux paupières) ; savonner le matin.

LOTION

Soufre précipité	ãã 15 grammes.
Alcool à 90°	
Eau distillée	100 —

Appliquer de même, mais au pinceau, après avoir agité la bouteille.

POMMADE

Soufre précipité	ãã 1 gramme.
Résorcine	
Ichtyol	
Vaseline	50 grammes.

On peut augmenter l'action du soufre par des mordants : savonnages préalables, acide salicylique, etc., etc.

On peut, dans les cas graves, combiner l'action du soufre et du savon noir en essayant peu à peu la tolérance de la peau du patient. On peut

très utilement dans ces cas se servir en lotions avec de l'ouate hydrophile, du *sulfure de carbone saturé de soufre*, employé pur (très inflammable).

ACNÉ COMÉDON

L'acné comédon n'est qu'une variété particulière de séborrhée. Dans la séborrhée, chaque glande sébacée éverse son produit sur la peau continuement. Dans l'acné comédon le cylindre gras que nous venons de mentionner dans le canal sébacé se développe au point d'enclouer le pore sébacé. Son sommet devient noir et le cylindre séborrhéique devient une outre ou ampoule : le comédon. Le comédon apparaît dans l'orifice sébacé comme un point noir ; exprimé entre deux ongles, il sort de la peau. C'est une énorme colonie microbacillaire.

Le comédon se traite par l'extraction avec une clef de montre ou au moyen d'instruments basés sur le même principe : *extracteurs de comédons*. On combine l'extraction simple avec l'application des topiques employés dans la séborrhée. La séborrhée coexiste toujours d'ailleurs avec les comédons qui n'en sont qu'un accident clinique.

ACNÉ POLYMORPHE

A la période juvénile l'acné polymorphe du nez et du centre du visage ne diffère pas de celle du visage en général (p. 14). Elle n'en est qu'un épiphénomène. Tout au plus peut-on dire que ses diverses modalités ont une prédilection fréquente pour les ailes du nez et le pli naso-génien.

Le traitement est celui de l'acné polymorphe en général. Nous n'y reviendrons pas (p. 16).

ACNÉ NÉCROTIQUE

L'acné nécrotique est une acné suppurée, à croûte discoïde, enchâssée dans la peau et laissant, quand elle tombe, une empreinte varioliforme. En ce qui concerne sa nature (autant que les recherches

écentes l'ont élucidée), c'est un hybride de folliculite pustuleuse et le séborrhée, c'est une lésion d'impétigo de Bockhart ayant pris pour centre un cylindre séborrhéique microbacillaire.

Cette maladie a trois sièges de prédilection : le front (*acné frontalis* de Hebra), la région médio-faciale et les régions médio-thoraciques. L'une de ces localisations peut exister seule.



Fig. 36. — Cicatrices d'acné nécrotique au visage. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 498.)

Au nez (fig. 36), c'est un semis de lésions de divers diamètres se transformant *in situ* et sans s'ouvrir en une croûte discoïde sertie dans l'épiderme et qui ne s'en détache qu'après longtemps. Sa trace varioloïde est définitive et provient d'une nécrose conjonctive que la pustule d'impétigo de Bockhart produit toujours, mais qui est particulièrement marquée dans l'acné nécrotique.

L'acné nécrotique est une maladie qui a deux âges : on la voit chez l'adulte jeune; dans ce cas la thérapeutique agit très bien et la maladie peut ne pas récidiver. Elle est plus fréquente à la cinquantaine, et à cet âge se montre de mœurs beaucoup plus graves, et de marche extensive (voir : *Cuir chevelu*, p. 261).

Même dans ces cas la poussée actuelle reste toujours aisément curable par des préparations soufrées mercurielles.

Soufre précipité.	1 gramme.
Cinabre	1 —
Vaseline.	30 grammes.

Mais la thérapeutique locale n'empêche pas les récidives. Ce fait clinique étant plus vrai à propos des autres localisations de la maladie, c'est avec elles (p. 136 et 261) que nous en reparlerons.

PITYRIASIS NASO-GÉNIEN

On verra, en étudiant les maladies du cuir chevelu (p. 251), que le *pityriasis simplex capitis* est une entité morbide autonome d'origine mycosique comme le *pityriasis versicolor*, et que ses squames sèches peuvent prendre une apparence grasse par l'infection secondaire d'un coccus (à culture grise) (p. 252). Cette symbiose donne à la maladie une tendance à la diffusion. C'est généralement sous cette forme de pityriasis *stéatoïde* qu'on rencontre le pityriasis en dehors du cuir chevelu.

Le centre du visage est alors un de ses lieux de prédilection, principalement le sillon naso-génien, ainsi que la barbe, les sourcils. Il s'y présente sous la forme de petites écailles d'un jaune-paille, accumulées dans le sillon naso-génien et dessinant sa courbe. On les enlève, elles se reforment en quelques heures. Cette formation s'accompagne d'un prurit local assez net et d'une sensation de cuisson. A la loupe, la peau du sillon paraît moite ; aux doigts elle donne la même sensation. La squame paraît grasse comme du cérumen et, écrasée sur un papier soie, y laisse une tache, analogue à celle que laisse la croûte de l'impétigo.

Le traitement de ces pityriasis est tout externe. Il comprend l'emploi des goudrons et des soufres, associés quand la peau le supporte.

Soufre précipité.	1 gramme.
Huile de cade.	5 grammes.
Lanoline.	10 —
Vaseline.	15 —

...soit l'emploi des goudrons seuls quand la peau est irritable et que l'éruption s'étend sur de grandes surfaces. Dans ce cas on traite avec des pommades du type suivant :

Huile de cade.	5 grammes.
— de bouleau	1 gramme.
Résorcine	1 —
Ichtyol.	1 —
Lanoline.	10 grammes.
Vaseline.	15 —

appliquées le soir et savonnées le matin avec un savon de goudron.

pityriasis est le type d'une maladie presque nécessairement surborrhéique dans ses localisations aux régions glabres. Il est donc :idivant sur la séborrhée parce que la séborrhée est permanente.

TROUBLES VASOMOTEURS ET VASCULAIRES

Les vieux cliniciens distinguaient au nez deux types de troubles vasoteurs et vasculaires : un premier type *actif*, évoluant sur les jeunes ns et lié chez eux à d'autres manifestations classées autrefois comme *nphatiques*. Et ils distinguaient un second type de congestions *ssives*, évoluant à l'âge de retour et liées aux manifestations encore jourd'hui classées comme *arthritiques*. Jusqu'à ce que ces états orbides généraux (lymphatisme, arthritisme, etc....) soient mieux finis, il est dangereux d'en accepter la conception comme valable et xistence comme démontrée. Ne considérer donc cette classification e comme un simple moyen mnémonique.

Au premier type se rattachent les engelures, le lupus pernio, le pus érythémateux mobile, et même le lupus érythémateux fixe. rtains iraient même jusqu'à encadrer en ce groupe le lupus tuberleux.

Au second type se rattachent les varices du nez, l'acné hypertrohique avec sa congestion en masse, ses lésions pustuleuses, kystiques, les déformations dont l'ensemble crée le rhinophyma, avec les omplications qu'on peut voir se superposer aux peaux séniles : errues, séborrhée concrète, épithéliomas.

ENGELURE DU NEZ

On observe l'engelure du nez chez des enfants au même titre que outes engelures d'autre siège, mais aussi chez des adultes qui n'en résentent pas d'autres. C'est donc une engelure de mœurs spéciales. Le nez est froid, son lobule est un peu grossi, un peu trop rond, de ouleur violacée ; la compression efface sa teinte qui reparaît aussitôt. e soir on peut quelquefois noter de la congestion avec prurit, plus uvent rien. L'engelure du nez s'observe d'abord en hiver, mais elle ut durer jusqu'en plein été et reparaître dès l'automne. Habituellent l'engelure des ourlets des oreilles coexiste avec l'engelure du . Ni la vie du sujet, ni son mode d'alimentation, ni la thérapeutique

n'ont grande action sur cet état, d'autant plus regrettable qu'on l'observe souvent chez la jeune fille.

On peut, dans quelques cas, invoquer des troubles narinaires : adénoïdite, rhinite, déviation de la cloison, polypes, etc., agissant par réflexes. Dans ces cas l'intervention thérapeutique serait plus claire. On peut aussi éviter les cols montants et serrés qui gênent la circulation veineuse de la tête, surveiller le régime et éviter les digestions pénibles et le réflexe de congestion du visage qu'elles provoquent. Enfin les glycérés d'amidon résorcinés au 1/100e ou les pommades à l'oxyde de zinc peuvent être essayés localement. Dans les meilleurs cas, ces interventions restent médiocres.

J'aurais beaucoup plus de foi dans les traitements comme ceux du lupus érythémateux : rayons X à dose pleine et en séances répétées, ou du lupus tuberculeux : photothérapie de Finsen. Ce seront des points de thérapeutique qui seront fixés avant dix ans.

ÉRYTHÈME OU LUPUS PERNIO

Ce mot de lupus est mauvais; car il ne s'agit pas d'un lupus; l'origine tuberculeuse de cette lésion n'étant pas prouvée du tout, et l'action du froid dans sa genèse étant seulement celle d'une cause déterminante qui ne produit ce résultat que sur très peu de sujets. C'est comme une engelure du lobule du nez, du dos et des faces latérales du nez avec empiètement sur les deux joues. La lésion, grossièrement, est symétrique. C'est une rougeur diffuse avec marbrures de la peau, œdématiée, de toute la région. Cette lésion passagère, mais récidivante et qui peut demeurer permanente avec des exacerbations passagères, ne tient du lupus que sa situation et sa forme qui sont celles du lupus érythémateux. Sur la genèse de cette affection et son traitement, tout ce que je viens de dire à propos de l'engelure du nez, qui est d'ailleurs plus fréquente, serait à répéter intégralement. Je n'y reviens pas.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX MOBILE

Il existe entre l'engelure du nez et le lupus pernio d'une part, le lupus érythémateux fixe d'autre part et enfin les érythèmes toxiinfectieux aigus en plaques du type de certains érythèmes polymorphes, une série de cas cliniques que l'on ne sait encore où classer.

sont récidivants en divers points, par crises, ce qui fait supposer : source infectieuse permanente, dont les décharges toxiques cause-ent les plaques éruptives. Ces faits non classés, qui appartiennent t-être à des catégories différentes ont été provisoirement réunis s le nom de lupus érythémateux mobile. Le cadre du lupus érythé-teux en général est encore assez large et assez peu fixé pour qu'on lace ce type à côté des autres, malgré d'énormes différences cli-ues.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX FIXE

.e nez est l'un des lieux d'élection du lupus érythémateux fixe ou i, dans ses formes normales. est rare qu'on l'y observe lusivement. Le nez est pris, is il y a des plaques sur le age. Toutes se ressemblent caractères (fig. 8).



Fig. 37. — Lupus érythémateux fixe. (Malade de E. Besnier, Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1014.)

Ce sont des plaques de con-r irrégulier, ayant ou non e forme symétrique par rap-rt à la ligne axiale du nez, s plaques déprimées et cica-cielles en leur centre, entou-es d'un rebord rouge légère-ent surélevé et semé de squa-es crayeuses adhérentes. Tou-s ces lésions sont perpétuelle-ent sensibles à la percussion u au pincement; ce sont des acards chroniques d'une du-e indéfinie, évoluant lente-ent par extension périphéri-e, reculant quelquefois sur point pour avancer sur un autre. La guérison spontanée ou théra-utique remplace la lésion par une tache déprimée, blanche, dépig-ntée, quelquefois marbrée de brun, cicatricielle, indélébile (fig. 37). J'ai déjà parlé du lupus érythémateux du visage (p. 19), je repar-ai de celui de l'oreille (p. 125). En toutes localisations il garde les

mêmes mœurs. La thérapeutique utile se limite chaque jour plus à la radiothérapie, exclusivement : séances sériées, maxima (5 à 6 unités H) répétées toutes les trois semaines. La radiodermite paraît à craindre médiocrement dans le traitement de ces lésions, car elle paraît les guérir plus vite, et par une cicatrice plus belle que celle que l'on obtient par tous les autres moyens. Faits à l'étude.

LUPUS TUBERCULEUX

Le lupus tuberculeux du nez est des plus fréquents. Il est ordinairement consécutif à un lupus de l'orifice narinaire (p. 96). Le lupus tuberculeux a la plus grande tendance à se développer au lobule (fig. 38), aux ailes du nez. Et de même il envahit peu à peu la lèvre supérieure. Il y affecte plus souvent d'abord la forme hypertrophique fongueuse, et évolue ensuite vers l'ulcération destructive. Ce processus, après des années, amène la disparition des parties molles : lobule, ailes du nez, et même quand on le guérit alors, des cicatrices horribles lui succèdent, des cicatrices dont la rétraction ferme ou à peu près les narines (fig. 5[illegible]).



Fig. 38. — Lupus végétant du nez. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 522.)

J'ai dit déjà (p. 22) la thérapeutique du lupus, et comment tous les anciens moyens thérapeutiques, entre les mains du médecin d'aujourd'hui, doivent venir en aide à l'action seule vraiment curative de la photothérapie (p. 23).

SYPHILIDES TERTIAIRES ACNÉIFORMES ET GOMMES EN NAPPE DE LA PEAU

Ce sont deux lésions syphilitiques fréquentes du nez qui ont aussi une élection pour le pli naso-génien, les ailes du nez et les joues.

ıière forme un placard rouge, irrégulier, sur lequel de petites
plates, très adhérentes, re-
ıt des ulcérations taillées à
u suintantes, et qu'on ne
ıne pas quand les croûtelles
en place. La croûte semble
er un petit lambeau de peau
le, lorsqu'elle découvre l'ul-
ı sous-jacente. Cette lésion
oujours d'une syphilis loin-
ıi date de dix ans, de quinze
avantage.

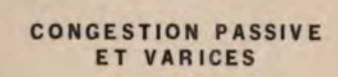


Fig. 59. — Syphilide papulo-ulcéreuse acnéiforme. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

euxième forme est faite des
éléments, mais disséminés
ın (fig. 59). L'erreur, qui con-
ırendre cette lésion pour une
crotique, est fréquente, facile
à faire et préjudiciable au malade. Tout traitement local reste inefficace; le traitement mixte en a raison en trois ou quatre semaines.



né rosée, couperose et acné polymorphe. (Malade
nier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 585.)



CONGESTION PASSIVE ET VARICES

Vers la cinquantaine, chez les malades atteints de cardiopathies, chez les cardio-rénaux, et aussi chez d'autres, en l'absence de toute tare de ce genre, s'accentuent peu à peu ensemble, l'*acné hypertrophique* et la *congestion passive, variqueuse* du nez. Le nez est gros, toujours froid au toucher, de couleur violette. Sa

peau grossière est criblée d'orifices visibles qui sont les pores sébacés distendus. Sur le fond rouge sombre, uniforme, de la peau, se détachent des serpents bleus ou violets, des veines variqueuses de dimension et de distribution diverses. On peut en voir qui suivent le nez dans sa longueur; d'autres plus nombreuses, en arceaux parallèles, couvrent les ailes du nez et s'anastomosent entre elles.

Cet état, dont les causes sont inconnues, mais qui est souvent familial et héréditaire, est permanent, progressif. Les états gastriques chroniques, qui se rencontrent souvent chez les buveurs, peuvent l'exagérer, mais n'en sont pas cause.

Le traitement est tout entier chirurgical. Il consiste dans la ponctuation sériée de toutes les veines visibles du nez au galvano-cautère à pointe fine. Après 6 ou 8 opérations de ce genre, les lésions les plus apparentes ont rétrocédé. On régularise l'effet produit et la décongestion totale de la peau par les scarifications linéaires quadrillées poursuivies à dix-huit jours d'intervalle 15 *ou* 20 *fois*.

L'action de la radiothérapie sur l'acné, admise partout en Allemagne et en Amérique dès à présent, est moins connue encore en France et moins souvent pratiquée. Dans tous les cas sérieux on y aurait recours, surtout si le malade répugne aux interventions chirurgicales répétées.

ACNÉ HYPERTROPHIQUE — RHINOPHYMA

L'acné hypertrophique débute déjà à vingt ans pour être à son maximum à soixante et soixante-dix ans. A vingt ans, le sujet est congestif, rougit facilement et par bouffées. La peau de son visage est trop rose. Elle présente déjà les pores sébacés trop gros, et ressemble à la peau d'une mandarine. Plus le sujet vieillit, plus cet état s'exagère: la peau s'épaissit, devient rugueuse, irrégulière, et son grain se fait de plus en plus grossier. Quelquefois sur cette peau se produisent, côte à côte, toutes les variétés de l'acné polymorphe, surtout les nodosités de l'acné indurée, les masses molles de l'acné kystique. La pression de cette peau entre les doigts fait sourdre de tous côtés et par tous les pores des filaments gras. Cet état se prononce surtout au nez qui perd toute forme et peut augmenter de volume d'une façon phénoménale : Rhinophyma (fig. 41). Tantôt cet état se confine au lobule, tantôt il

asse, et presque tout le nez y participe. Il est alors couvert de melons, de protubérances des plus difformes et de toutes couleurs, « tout diapré, tout estincellé bubelettes, pullulant, purpuré, pompettes; tout esmaillé, tout utonné et brodé de gueules, » sait Rabelais.

Le traitement de cette affection t celui de l'acné congestive en ppe dont je parlais tout à l'heure. a préconisé aussi l'exérèse pure simple de toutes les saillies et otubérances aux ciseaux et même brasion de la peau dans son aisseur. La cicatrice qui s'ensuit t remarquablement belle, parce le la section faite coupe les canaux glandulaires qui sont autant points de greffe épithéliale. Dans utes ces affections, le traitement la séborrhée sous-jacente et de l'acné (p. 16) peut être utilement mbiné aux traitements par le galvano-cautère et le scarificateur; ar la suite, l'hygiène du nez opéré sera celle de toute peau séborrhéique (p. 105).



Fig. 41. — Acné hypertrophique du nez. — Rhinophyma. (Malade de Lucas-Championnière. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1780.)

VERRUES SÉNILES

Sur le nez atteint de séborrhée et de congestion passive à l'âge de tour, les verrues séniles, les séborrhées-concrètes (p. 32 et 35) sont s plus fréquentes. Elles se superposent à la séborrhée du vieillard, mme les pityriasis se superposent à la séborrhée du jeune homme dans le même point (sillon naso-génien), avec une particulière préection. Tantôt ce sont les verrues plates séborrhéiques papillomases, jaunâtres, qui semblent d'abord de simples excreta à la sur- d'une peau mal lavée; tantôt c'est la séborrhée concrète, dont décrit plus haut (p. 35) les caractères : de petites croûtes dures, heminées, épaisses, très adhérentes à la peau, et s'emboîtant elle par une série de prolongements réciproques villeux, conoïdes, des croûtes pénétrant dans l'orifice des glandes sébacées.

Le traitement de ces divers processus séniles, surséborrhéiqu reste le même pour tous et pourrait être ainsi schématisé : Nettoy premier de la peau par des applications de pommade d'un type a logue au suivant :

Chlorate de potasse.	} ãã	1 gramme.
Soufre précipité.		
Cinabre		
Résorcine.		
Oxyde de zinc.		5
Vaseline.		30 —

Après quelque temps, les lésions seront décapées, très amélio et l'on observera bien attentivement ce qui en reste.

S'il reste des perles épithéliomateuses, ou bien, sous les croûtes de la soi-disant séborrhée concrète, des ulcères très pe-



Fig. 42. — Épithélioma térébrant du nez. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 4194.)



Fig. 43. — Épithélioma du nez ulcéreuse. (Malade de Sab Photographie de Noiré.)

s, à bord dur, qui sont déjà de l'épithéliomatose au début, faire radiothérapie de la région, suivant les règles indiquées plus haut, ge 56.

Les papillomes saillants sont détruits au galvano-cautère ; les ver-es plates, si elles résistent aux pommades soufrées, chloratées, ont détruites par des badigeonnages à l'acide chromique au 1/10e.

ÉPITHÉLIOMA

'épithélioma de l'aile du nez est des plus fréquents, soit dans la ne saillante, néoplasique, soit dans la forme ulcéreuse. Dans la ne néoplasique, c'est une tumeur ordinairement molle, rouge,

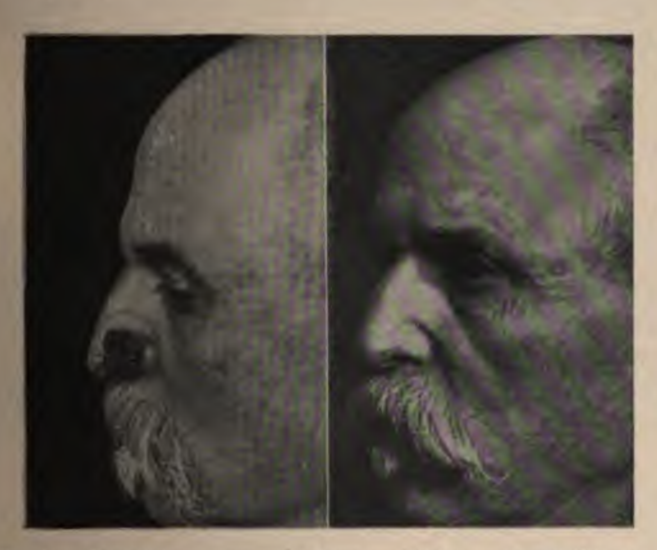


Fig. 44. — Épithélioma en tumeur saillante. — Guérison par la radiothérapie. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

ıgieuse, semée de points nécrotiques, humide et croûteuse, à elle se superposent souvent des croûtes auxquelles le patient e point toucher (fig. 44).

ns le cas inverse, c'est un ulcère polygonal, à pic, plus ou moins x, rouge, suintant ou demi-sec, bordé de perles épithéliales ant le bord de l'ulcère dur et luisant. Dans d'autres cas, l'ulcère ordé de petites circinations pseudo-pityriasiques qui lui font une

circonvallation presque géométrique. Entre cette circination et l'ulcère existe une surface rose lisse qui semble privée d'épiderme corné.

Ces épithéliomas, à quelque forme qu'ils appartiennent, sont justiciables de la radiothérapie; les exemples ci-contre sont assez nets pour qu'ils dispensent d'insister. La formule thérapeutique est la suivante : Faire sur la surface malade, à dix-huit jours d'intervalle, 5 ou 6 applications de rayons X, chacune correspondant à cinq unités H de Holzknecht ou à une teinte B du radiomètre X (p. 219).

HYPERTRICHOSE

Quelquefois, vers la cinquantaine, le dos ou le bout du nez se couvrent de poils très disgracieux. Comme ces poils sont généralement gros et peu nombreux, la destruction électrolytique en est plus facile, et c'est d'ordinaire le moyen de choix (p. 158).

NÆVI

Très souvent le nez, sur ses faces latérales, présente un ou deux nævi en étoiles, qui augmentent avec l'âge. Ils sont ordinairement faciles à faire disparaître avec une pointe fine de galvano-cautère en leur milieu; quelquefois il est nécessaire de recommencer deux fois cette application. Lorsque cette cautérisation galvanique amène la cicatrisation du vaisseau central, tous les rayons vasculaires qui en émanent disparaissent avec lui.

XANTHÉLASMA

Le xanthélasma des paupières envoie quelquefois un prolongement à la glabelle, vers la racine du nez ou ses faces latérales. Ce n'est qu'un épiphénomène au cours du xanthélasma des paupières (p. 144).

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Le nez présente souvent dans le pli naso-génien, ou sur ses ailes, ou même sur le lobule, les petites tumeurs molles hémisphériques et

nbiliquées du molluscum contagieux. Le traitement consiste à les ire sauter une par une à la curette tranchante de Vidal, opération eu douloureuse, sans aucune gravité, mais qui doit être renouvelée, arce que les éléments de molluscum les plus fins échappent à la prenière intervention (fig. 52 et p. 142).

ADÉNOMES SÉBACÉS

L'adénome sébacé est une maladie rare, ordinairement limitée au sillon naso-génien et diffusant autour de lui comme d'un centre. Elle est constituée par de petites tumeurs irrégulières, sessiles ou demi-pédiculisées, souvent réunies en amas cohérents, non ombiliquées, non creuses, non croûteuses. Leur coloration est d'un rose jaunâtre, saumoné ou rouge plus ou moins intense.

Ces lésions sont d'autant plus grosses (comme un pois) et plus tassées qu'elles sont plus centrales; d'autant plus fines (comme un grain de mil) et plus espacées qu'elles sont plus excentriques.

Elles sont bilatérales, avec prédominance d'un côté, et toujours concomitantes à une séborrhée marquée.

Ce sont des nævi-adénomes, dans la structure desquels l'anomalie vasculaire est plus fréquente que l'anomalie glandulaire. Ils deviennent visibles de 10 à 15 ans et restent stationnaires après une période d'accroissement. Ils sont plus fréquents chez la jeune fille; ils coexistent souvent avec d'autres nævi de formes diverses et avec un retard intellectuel marqué.

On les détruit à l'électrolyse, à la curette, ou plus simplement au galvanocautère. Même incomplètement détruits, ils ne récidivent jamais.

Vidal a parlé de leur transformation épithéliomateuse tardive.

MALADIE DE DARIER

Je l'ai décrite ailleurs (p. 27). Je n'en parle ici que parce que sa alisation au pli naso-génien peut être la première et demeurer seule elque temps; le plus souvent, toutes les localisations de la maladie x régions séborrhéiques se font ensemble.

MORVE OU FARCIN

J'ai vu un cas de morve du nez, chez un homme de cinquante ans. Le nez était plus gros que normalement et couvert d'ulcérations linéaires creuses, ressemblant au chemin des vers dans du vieux bois; le nez était *vermoulu* (Besnier). Il y avait un coryza spécifique des deux narines qui fournissait du pus abondamment.

Je fis la preuve de la morve par l'inoculation du pus des ulcérations dans le péritoine au cobaye mâle, qui montra l'orchite spécifique en cinq jours. Le pus de l'orchite ensemencé sur pomme de terre fournit, après purification, les cultures en gouttes d'un brun chocolat caractéristique.

On sait que le *pronostic* de cette affection est mortel, que la marche en soit aiguë ou chronique. Le seul traitement à essayer serait le traitement spécifique qui a semblé dans quelques cas donner à l'affection un retard marqué (p. 726 et 755).

OREILLE

FURONCULOSE DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

La furonculose du conduit auditif externe s'observe généralement après une otite externe, un eczéma du conduit ou des régions voisines ayant donné prétexte à l'infection.

Le furoncle de l'oreille évolue avec les caractères du furoncle ordinaire. La douleur qu'il provoque est excessive, nettement limitée par le patient à la portion antérieure ou postérieure du conduit; elle est toujours hors de proportion avec la quantité de pus qui sera éliminé et qui peut être fort petite. L'évolution du furoncle demande comme partout 6 à 8 jours, mais après le premier furoncle d'autres surviennent souvent.

Le diagnostic se fait au *speculum auri*; on voit le conduit soulevé en un point par tumeur arrondie saillante dans sa cavité, très douloureuse au contact.

Le traitement médical est illusoire. Le débridement quand il est possible et bien fait, au point central de la tumeur, soulage le patient; même mal fait, il décongestionne la région et diminue la douleur. Les lotions antiseptiques fortes dans le canal sont à déconseiller formellement. Pour empêcher les récidives, l'application de pommades au calomel au 1/100ᵉ dans le conduit auriculaire externe peut être prescrite.

OTITE EXTERNE SUPPURÉE

L'otite externe suppurée est fréquente chez les enfants de trois à dix ans, dans la classe pauvre. Son début est aigu, douloureux, son évolution chronique, indolore, sa durée se compte par mois et années.

Tous les jours l'oreille laisse écouler deux à quatre centimètres cubes de pus, bien lié ou un peu séreux, d'une odeur infecte. L'enfant n'en souffre pas, les parents s'y habituent, la maladie traîne.

On pourrait se demander si cette épidermite chronique ne peut entraîner plus tard des épaississements et des indurations du tympan analogues aux leucomes cornéens que la conjonctivite phlycténulaire laisse après elle.... Rarement l'otite externe donne lieu à une otite moyenne, presque jamais à une ulcération du tympan.

De larges lavages à la seringue avec l'eau boriquée chaude, fré-emment renouvelés, des lavages semblables à l'eau oxygénée 12 vol.) diluée au 1/5e, donnent des résultats excellents quand le itement est continué comme il le doit être. Toutes les fois qu'une le affection ne s'améliore pas de suite, confier à un confrère auriste direction du traitement.

INTERTRIGO RÉTRO-AURICULAIRE

Cette affection, très fréquente, même chez l'adulte, mais surtout chez nfant, présente une importance clinique et doctrinale des plus andes.

Cliniquement, c'est un intertrigo, une épidermite rose, humide, nitée aux plis rétro-auriculaires et aux bords de ces plis. Comme us les intertrigos, il peut demeurer avec les caractères qu'il offre u début, mais il a plus de tendance à passer à un état suintant, oûteux et fissuraire. C'est sous cette forme qu'on l'observe le plus équemment.

Alors le pli est masqué par une croûte impétigineuse allongée rticalement. Sous cette croûte on retrouve l'épiderme macéré, suin-nt, couvert, comme au pinceau, d'une couenne fibrineuse lilas pâle. nfin, si l'on écarte l'oreille, on trouve dans le pli une fissure saignant cilement. Ces lésions plus ou moins marquées demeurent le plus uvent sur place durant de longs mois.

Elles peuvent coexister avec un impétigo chronique du nez, avec l impétigo aigu de la face, plus rarement avec des tournioles. Elles uvent se superposer à un eczéma de la région, ou de la face, ou du ir chevelu, ou inversement devenir le centre d'une eczématisation voisinage.

La culture (p. 10) démontre que cet intertrigo, comme tous les ertrigos, est streptococcique. L'opinion clinique qui rattache cette ion aux états squameux gras, dits à tort séborrhéiques, est sans dement. Il s'agit en vérité d'un impétigo du pli rétro-auricu-re, impétigo primitif, ou secondaire à une lésion préalable comme zéma.

e traitement est celui de l'impétigo : lotions au sulfate de zinc 00e), au nitrate d'argent (1/15e), pâtes couvrantes, etc. (p. 11). t une lésion fréquemment récidivante sur place, ou alternant

avec d'autres lésions de même nature (voir impétigo, p. 11). Quand il y a eczématisation périphérique, les pommades à l'oxyde de zinc et à l'huile de cade font merveille.

Oxyde de zinc.	ãã 5 grammes.
Huile de cade	
Huile de bouleau.	ãã 1 —
Ichthyol.	
Résorcine.	
Vaseline.	ãã 15 —
Lanoline	

ENGELURES — ÉRYTHEME PERNIO

Des enfants, des adolescents, et même de grandes personnes (surtout des femmes) présentent chaque hiver des engelures des oreilles. Ces engelures prennent deux formes, la forme diffuse, la forme localisée :

1° Diffuse, c'est un œdème rouge-violet, très congestif de tout le pavillon de l'oreille, et du lobule, œdème accompagné quelquefois d'une desquamation superficielle épidermique. Cet « érythème pernio » dure autant que les froids, diminue et reparait avec eux.

2° La forme localisée montre le long de l'ourlet de l'oreille une succession d'engelures distinctes, en chapelet, chacune petite, constituée par un point d'œdème dur et douloureux.

Tous les cas intermédiaires s'observent entre ces deux formes et entre cette dernière et le lupus érythémateux de l'oreille.

Il n'y a pas de traitement des engelures. Ordinairement la tendance à les présenter diminue chez le patient d'année en année. Les traitements locaux sont peu efficaces. On peut conseiller :

Glycéré d'amidon neutre.	30 grammes.
Résorcine	30 centigrammes.
Acide tartrique.	30 —
Menthol.	15 —

Le traitement général par les bains de mer, les stations d'eaux salines, etc., est théorique, il n'est pas impossible qu'il ait quelque efficacité, et il ne peut faire de mal.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

L'ourlet de l'oreille est l'un des sièges de prédilection du lupus ythémateux.

Cliniquement il succède souvent aux engelures en chapelet du ème siège. Il se ésente ordinaireent comme une rie de taches uges irrégulièment allongées ivant le contour la conque, disosées en creux et ordées de squames lanches adhérens. L'atrophie de peau à leur nieau fait paraître reille décharnée. le garde cet ast après guéri-.

Le lupus érythéteux peut exister lusivement aux illes; mais le s souvent, en re de cette location, le lupus érythémateux en montre d'autres au visage ou cuir chevelu (fig. 45).



Fig. 45. — Lupus érythémateux de la joue et de l'oreille (Malade de Hillairet, Musée de l'Hôpital Saint-Louis, n° 168).

'ai dit (p. 20) combien les traitements actuels du lupus érythéteux sont peu satisfaisants; il n'y a pas lieu d'y revenir. On sait la radiothérapie apparaît de plus en plus comme le seul valable 21), sinon dans tous les cas au moins dans un grand nombre.

LUPUS TUBERCULEUX

Au contraire du lupus érythémateux, le lupus tuberculeu l'oreille a le plus souvent sa partie inférieure pour siège depu niveau des tragus.

Presque toujours le lobule est le siège initial et principal de localisation régionale du l qui est assez rare. Le lo est triple ou décuple de son lume habituel. Et les nod lupiques noyés dans l'œd congestif du voisinage s'y vo assez mal. La chronicité d lésion, son développement gressif, orientent le diagnos certifié par l'examen du lob comprimé sous une lame verre ; la compression blan la région et laisse apparaître nodules rouges.



Fig. 46. — Lupus hypertrophique de l'oreille et de son lobule (Malade de Hardy, Musée de l'Hôpital Saint-Louis, n° 299).

Le traitement (en dehors la photothérapie (p. 25) presque exclusivement co au galvano-cautère : cautér tions transcurrentes, lardan masse en tous sens. La gu son en est plus facile à obt que celle de beaucoup d'autres lupus. Après guérison, le lobule réduit à un moignon et la région garde un aspect squelettique q faut laisser prévoir au malade.

CHÉLOIDES

Les chéloïdes, comme le lupus ou la tuberculose papillomat (p. 445), qu'on voit aussi évoluer quelquefois au lobule de l'ore peuvent avoir pour origine la perforation du lobule faite en vue port des boucles d'oreille. Cette opération est souvent faite par

r avec un trocart sale, que l'opérateur mouille même quelque- a salive (!). On conçoit l'infection possible dans ces conditions, culièrement l'infection bacil- uand l'opérateur est tubercu- n ne peut dire que toute ché- it tuberculeuse, mais un grand de chéloïdes ont eu leur nature leuse démontrée par l'inocu- ositive au cobaye.



FIG. 47. — Chéloïde en tumeur des lobes des deux oreilles (Malade de E. Besnier, Musée de l'Hôpital Saint-Louis, n° 1681).

meur chéloïdienne a, le plus en ce siège, la forme d'une elle est rose, dure au toucher, que sa nature fibreuse et sa e compacte.

chéloïdes, en ce siège comme autres (p. 700), doivent être par les scarifications profon- éaires, quadrillées, ou par la érapie. L'extirpation chirurgi- ême large, même aseptique, de fois été suivie de récidives ggravation) de la tumeur en- our qu'on puisse la conseiller, le que puisse sembler l'inter- au premier aspect, surtout en une région visible comme

ECZÉMA IMPÉTIGINEUX

éma impétigineux de l'oreille n'est qu'une localisation acces- e l'eczéma impétigineux du visage chez l'adolescent, de cet qui s'accompagne si souvent d'hypoacidité urinaire et d'albu- passagère. Il faut se reporter au paragraphe que je lui ai é (p. 13).

ours de cet eczéma, l'infection streptococcique impétigineuse eut s'observer à titre d'infection secondaire; on trouve alors nts d'intertrigo, recouverts de croûtes d'impétigo, dans les la face antéro-externe de l'oreille et l'intertrigo rétro-auri- dont l'étude précède (p. 121).

ECZÉMA SQUAMEUX

L'eczéma squameux est limité au conduit auriculaire externe et à la concavité de la conque. A la surface de la peau (grasse en ces deux points) existent des squames demi-décollées, demi-adhérentes à la peau sous-jacente, qui est de couleur rose orangée.

Cet état s'observe en concomitance d'un pityriasis simplex ou stéatoïde du cuir chevelu, du sillon naso-génien, de la barbe chez l'adolescent à peau grasse, qui présente le plus souvent aussi de l'acné polymorphe du visage (p. 17) et une séborrhée commençante du front et du vertex. On l'observe aussi à l'âge d'involution, vers la cinquantaine chez l'homme gras, avec des eczémas secs de la barbe et du cuir chevelu (p. 241).

Cet état très recidivant s'améliore avec une extrême facilité par les pommades au goudron (le goudron vrai de pin maritime étant en cette localisation très supérieur à l'huile de cade). Exemple :

Goudron liquide purifié.	āā P. E.
Beurre de cacao.	

ou bien

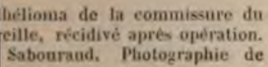
Bioxyde jaune Hg	50 centigrammes.
Résorcine	50 —
Goudron liquide.	4 grammes.
Lanoline.	20 —

MOLLUSCUM — PAPILLOMES — COMÉDONS — TANNES — TOPHUS CANCROIDES

En outre des affections précédentes, l'oreille peut être le siège de lésions plus rares. On y voit quelquefois chez l'enfant des exemplaires de la petite tumeur molle charnue, ombiliquée, qu'est le *molluscum contagiosum* (p. 142); chez l'adulte quelquefois des *verrues* papillomateuses. La conque de l'oreille est un siège de prédilection pour la lésion séborrhéique, pour les *comédons* et les *tannes*. L'ourlet de l'oreille présente chez le vieux goutteux un chapelet de *tophus* crayeux qui n'est pas sans ressembler au chapelet d'engelures de l'adolescent. Enfin très rarement l'ulcère épithélial chronique, l'épithélioma peut siéger là comme sur les visages sébor-

séniles (p. 34). Il a deux sièges ordinaires, l'un à l'oreille, l'autre dans la commissure qui sépare le lobule





hélioma de la commissure du eille, récidivé après opération. Sabouraud. Photographie de



Fig. 49. — Le même malade après guérison par les rayons X. Remarquer l'alopécie produite par la radiothérapie de la région.

C'est ce dernier cas que représente notre figure 48. Il épithélioma récidivant après opération chirurgicale. La montre guéri après cinq applications de rayons X.

LEPRE TUBERCULEUSE

rcules lépreux s'observent aux deux oreilles dans presque s de lèpre léontiasique. La figure 10 (p. 25) en fait foi. Les gros comme des pois, saillants, indurés, sont d'évolution ée de paroxysmes aigus pseudo-érysipélateux. On les voit

disséminés dans le lobule dont ils doublent le volume et tout a de l'ourlet de l'oreille avec les caractères qu'ils ont au visage. représentent dans la lèpre tuberculeuse qu'un épiphénomène b mais ils peuvent devenir un élément de diagnostic au début maladie. Le traitement local n'offre rien à dire de particulier. Le tement de la lèpre est résumé page 26.

FRONT

Le front présente à la fois les dermatoses propres aux régions labres du visage et, grâce à sa situation entre les sourcils et les heveux, une partie des lésions tégumentaires des régions pilaires. ela donne à son étude dermatologique un intérêt particulier.

La région sus-sourcilière est l'une des emières à présenter les manifestations la séborrhée *juvénile qui peut s'étendre us tard à tout le front*	Séborrhée . . . . . p. 130.
*A sa suite survient, comme partout sur régions glabres, l'*acné *polymorphe* . .	Acné polymorphe. . p. 131.
Les régions sus-sourcilières sont aussi lieu d'élection pour les petites lésions hyperkératose folliculaire communément pelées kératose pilaire	Kératose pilaire . . p. 131.
Le front est une des régions du visage où voit le plus souvent la verrue plane *mi-tire juvénile*	Verrue plane. . . . p. 132.
Souvent aussi, chez les jeunes gens, le yriasis *du cuir chevelu déborde sur le ont et y dessine le liséré rouge squa-eux de la couronne séborrhéique*. . . .	Corona seborrhœica. p. 133.
Et ces lésions, peu graves, sont confon-es quelquefois avec la couronne de pa-les cuivrées que peut y tracer la syphilis condaire	Corona Veneris. . p. 133
La séborrhée du front est dépilante, rsqu'elle gagne les tempes elle y creuse s golfes temporaux de dénudation qui écèdent ou accompagnent la calvitie *com-ençante*	Calvitie frontale . . p. 134
Chez la femme, la séborrhée, et l'acné semble, dénudent la bordure du cuir evelu tout le long du front, d'une tempe 'autre.	Alopécie frontale de la femme . . . . p. 135.
Le front, surtout aux tempes, est fré-emment le siège de syphilides *papu-ses, secondaires, tardives,* en corymbes.	Syphilides en co-rymbes . . . . . p. 135.

Au même siège on voit souvent aussi les lésions du **lupus érythémateux** *fixe, à évolution cicatricielle, à bords écailleux.* .	**Lupus érythémateux** . . . . p. 136.
Tout autour du front, à l'âge mûr, l'acné **nécrotique** *dessine en couronne ses lésions varioloïdes.*	**Acné nécrotique** . . p. 136.
... Et l'acné hypertrophique ses saillies tégumentaires et ses bosselures	**Acné hypertrophique.** p. 137.
En plein front les **syphilides ulcéreuses tertiaires** *dessinent souvent leurs ulcérations arborescentes*	**Syphilides ulcéreuses tertiaires.** . . p. 138.
Et à l'âge extrême les tempes sont un siège d'élection pour les **verrues séniles** *et* **épithéliomas** *cutanés.*	**Épithéliomas.** . . . p. 138.

Nous ne mentionnons que d'un mot les lésions de *molluscum contagieux*, les plaques de *trichophytie cutanée*, le *lupus tuberculeux*, etc., qui peuvent s'observer là comme partout sans s'y montrer assez fréquemment pour mériter une étude locale plus approfondie. Le *zona ophthalmique* sera étudié avec les lésions des paupières.

SÉBORRHÉE SUS-SOURCILIÈRE

Le front, après le nez, est une des premières régions où s'observe la séborrhée fluente, telle que nous l'avons caractérisée (p. 14), par l'exagération du flux sébacé et la dilatation des pores sébacés, remplis d'un cylindre gras qui est une colonie du micro-bacille spécifique.

Cette séborrhée est symétrique sus-sourcilière. Plus elle est marquée, plus la surface où on l'observe s'agrandit. Souvent ces surfaces se fusionnent, le front devient séborrhéique diffusément, et l'infection se prononce aux frontières du cuir chevelu qui peuvent être envahies plus ou moins (p. 254). Là comme partout la séborrhée garde ses symptômes (p. 14 et 102) et son évolution chronique. On retrouve dans la séborrhée du front, suivant les cas qu'on en observe, ses diverses modalités : la forme grave ou fluente qui est commune au front et au visage et dont nous savons déjà les traitements (p. 16), la forme comédonienne et l'acné polymorphe dont nous avons étudié déjà les formes diverses et les traitements (p. 105) en d'autres localisations au visage.

ACNÉ POLYMORPHE

L'acné polymorphe est trop fréquente au front pour que nous ne lui consacrions pas un paragraphe spécial, et cependant ses mœurs s'y voient tellement identiques à celles que l'acné polymorphe présente partout au visage que ce paragraphe sera très court.

On observe ensemble ou séparément, au front, l'acné comédon, l'acné ponctuée rouge, l'acné indurée, l'acné suppurée, l'acné phlegmoneuse et kystique même, dans quelques cas rares (p. 17).

Toutes les fois que l'acné s'observe au front avec quelque abondance il en existe au nez, aux joues, et sur le corps. Et l'acné du front n'est plus dans l'ensemble qu'un épiphénomène.

L'acné du front, lorsqu'on ne l'observe que là, doit toujours faire penser à l'acné nécrotique (*acné frontalis* de Hebra, p. 156).

Le traitement de l'acné au front reste identique à celui de l'acné au visage (p. 105).

KÉRATOSE PILAIRE

En opposition avec la séborrhée et l'acné, il faut placer la kératose pilaire, qui sera étudiée avec plus de détail avec les affections du sourcil (p. 155), mais présente souvent une localisation sus-sourcilière frontale.

C'est, sur un espace semi-lunaire de 4 centimètres de large et de 5 de haut, une multitude de points d'hyperkératose folliculaire, qui s'auréolent de rouge, après friction, où quand la circulation sous-cutanée s'exagère. Cet état s'accompagne d'un état semblable de la région temporale et de la partie externe préauriculaire et maxillaire de la joue.

Cet état, qui semble tout à fait opposé à la séborrhée, s'allie quelquefois avec elle, et s'observe alors sur tout le front et surtout au-dessus du sourcil et à la lisière du cuir chevelu.

La peau est grasse, ponctuée partout d'orifices sébacés béants ou encloués d'un comédon. Mais un très grand nombre d'orifices sébacés sont masqués par un petit cône d'hyperkératose plus ou moins saillant et marqué.

Cet état est des plus résistants à tous les traitements ordinaires des

acnés. On en vient à bout en usant des médicaments kératolytiques. Exemple :

Acide salicylique	ãã 1 à 3 grammes.
Résorcine	
Soufre précipité.	
Vaseline.	30 grammes.

ou bien en nettoyant la peau par des applications de savon noir (1/4 d'heure à 2 heures), qu'on lave avant d'appliquer des pommades cadiques et soufrées du type ordinaire. Prévoir une grande longueur de traitement, et des récidives, surtout quand on n'a pu mettre au point le dosage des médicaments employés, et faire au sujet une formule personnelle, correspondant exactement à la résistance de sa peau (voir : *Kératose pilaire du sourcil*, p. 133 et *Alopécie liminaire frontale*, p. 135).

VERRUE PLANE JUVÉNILE

Les verrues planes juvéniles peuvent siéger partout, même aux mains ou sur le corps, mais ce sont surtout des lésions du visage, et spécialement du front. Elles peuvent exister chez l'enfant, mais elles se développent à l'âge sexuel, et paraissent s'atténuer et disparaître, au moins d'ordinaire, chez l'adulte.

Elles se présentent sous la forme d'un semis de très petites papules presques contiguës, ou disséminées en traînées, chacune plate, brillante, d'un jaune rose, larges de 1/2 à 2 millimètres, à bords très arrêtés, chacune fait sur la peau une saillie de 1/4 à 1/2 millimètre à pic. Très souvent on en voit des traînées régulières provenant de l'ensemencement qu'en a fait une érosion traumatique, une égratignure; on peut ainsi dessiner avec une aiguille un trait qui en sera promptement recouvert. Donc il semble que la lésion soit contagieuse, mais son parasite est inconnu.

Le traitement peut être chirurgical : pointes de feu galvaniques assez superficielles pour ne déterminer aucune cicatrice.

Le traitement médical par les frictions biquotidiennes avec de la teinture de thuya est peu efficace; par les lotions salicylées au 1/30, donne des résultats plus favorables.

Un traitement meilleur et peu connu consiste en applications de sulfo-carbol (acide orthoxyphényl sulfureux (F. Vigier), applications

ménagées avec un pinceau dur; les répéter tous les jours d'abord. uis tous les deux ou trois jours en cas d'irritation du voisinage.

CORONA SEBORRHŒICA

Lorsque le cuir chevelu est couvert de pityriasis stéatoïde, de ellicules grasses feuilletées (p. 232), il n'est pas rare de voir ce ityriasis dépasser les frontières du cuir chevelu et dessiner au bord u front une série de circinations plus ou moins nettes, quelquefois resque élégantes.

Ces lésions empiètent sur la peau glabre de 1/2 à 1 centimètre, rareent plus. C'est la *Corona seborrhœica de Unna*. C'est un pityriasis éatoïde figuré. La lésion est constituée par une *très* légère surépaisur et une *très* légère rougeur de la peau. A ce niveau la peau est nement écailleuse, les pellicules sont petites, jaunâtres et, lorsqu'on s écrase dans un papier-soie, le tachent comme de la graisse.

Dans des cas assez rares, non seulement la *corona seborrhœica* iste, mais sur le front, les tempes, en pleine région glabre, appa issent des taches semblables, de même aux sourcils et à la glabelle pityriasis stéatoïde a une tendance à la diffusion, quelquefois même la généralisation (Eczéma séborrhéique de Unna). On en observe resque toujours, en même temps, dans les deux régions médioernale (p. 536) et naso-génienne (p. 106).

Le traitement est celui du pityriasis stéatoïde du cuir chevelu . 232). Les applications ichtyolées, résorcinées, cadiques, soufrées onnent des résultats excellents, mais doivent être bien faites et ntinuées longtemps pour que les résultats en soient stables.

Dans les cas très résistants, traiter comme un psoriasis, c'est-à-dire outer de l'acide pyrogallique ou de l'hydroquinone au 1/30. (Éviter savon alors pour enlever ces pommades qui deviennent un peu nctoriales.)

SYPHILIS SECONDAIRE — CORONA VENERIS

La syphilis secondaire peut atteindre indifféremment le front mme toute autre région du corps : roséole, syphilis secondaire puleuse, papulo-tuberculeuse, etc.; mais on voit souvent, au cours la syphilis secondaire, se prononcer sur le front, autour du cuir

chevelu, un semis de taches, quelquefois assez serrées pour dessiner une couronne et qui peut, aux yeux d'un novice, se confondre avec la lésion que nous venons d'étudier ou inversement. Les lésions syphilitiques dont je parle sont papuleuses, plates, cuivrées, non squameuses en surface, à peine *entourées* d'une *très fine* furfuration (collerette de Biett). On peut d'ailleurs observer cette lésion en l'absence de toute lésion analogue du cuir chevelu, ce qui n'arrive pas avec la *corona seborrœica*. Enfin, il faut, sur le sujet, se prouver l'existence de la syphilis par d'autres lésions. Il est à peu près impossible à cette époque de la syphilis de ne rencontrer que celles-là. Rechercher la porte d'entrée, la pléiade, les ganglions satellites, la roséole, les papules secondaires sur le corps entier, les plaques muqueuses, l'alopécie, etc.

Le traitement local serait illusoire, le traitement général est de toute importance (p. 726).

RECUL DU FRONT PAR SÉBORRHÉE ET CALVITIE

En même temps que commence la dépilation diffuse du vertex chez les jeunes gens, annonçant ceux qui plus tard deviendront chauves (vers 18-25 ans), on voit peu à peu le front reculer de quelques millimètres, et se prononcer les golfes temporaux de dénudation qui feront deux encoches de plus en plus profondes, agrandissant le front aux dépens du cuir chevelu. L'examen à la loupe montre, en même temps que la dépilation commence, l'envahissement de la région par la séborrhée avec tous ses caractères : surface luisante, surproduction de graisse visible surtout vers le soir, augmentation du diamètre des pores sébacés, présence dans chacun d'eux d'un cylindre gras qu'on peut exprimer par râclage avec une lame de verre posée de champ, ou entre deux ongles, etc., etc.

Le traitement de cette localisation de la séborrhée est celui de la séborrhée de tous sièges : soufre et goudron sont les médicaments les plus utiles, le soufre surtout. On peut utiliser les savonnages quotidiens, *le soir*, mais ils semblent, au moins pendant les premiers temps de leur emploi, exagérer la production du phénomène séborrhéique.

Les dissolvants des graisses : acétone, éther, peuvent être utilisés aussi en application à l'ouate hydrophile, etc. Ces médicaments sont des palliatifs. Cette séborrhée et la dépilation dont elle s'accompagne sont de celles dont la marche est le moins influencée par un traitement quelconque.

ALOPÉCIE LIMINAIRE FRONTALE DE LA FEMME

Chez la jeune fille dont le visage est séborrhéique, entre 15 et 0 ans, se produit quelquefois un envahissement de toute la lisière du uir chevelu, d'une tempe à l'autre, et sur 2 centimètres de profon-eur, par un état morbide qui semble un mélange de kératose pilaire t de séborrhée et que j'ai mentionné tout à l'heure au front (p. 131). ette éruption, qui s'établit en quelques mois, s'accompagne d'une lopécie diffuse de toute la bande du cuir chevelu correspondante.

Toute la surface de la peau est grasse, criblée de petites élevures ornées plus ou moins prononcées, correspondant à des orifices pilai-es; la peau, entre les cheveux, est souvent pelliculaire, si bien que la sion semble un mélange de kératose pilaire, de pityriasis stéatoïde de séborrhée. En peu de mois cette alopécie est presque complète ır toute une bande frontière de 2 centimètres de profondeur. La sière seule est presque respectée. Peu à peu, cette destruction des eveux étant accomplie, le processus s'éteint, la peau redevient lisse, les orifices pilaires, qui ont perdu leurs cheveux, subissent une résie scléreuse progressive qui les fait disparaître entièrement.

Le traitement de cette affection, pour laquelle on vient presque ujours consulter trop tard, est celui des pityriasis, des séborrhées et la kératose pilaire (p. 132). Le plus actif des traitements consiste ns l'application de pommades soufrées, cadiques, salicylées, nettoyées aque lendemain avec un dissolvant des graisses : éther ou acétone des boulettes d'ouate hydrophile. La lésion faite est irréductible.

SYPHILIDES SECONDO-TERTIAIRES EN CORYMBES

Les syphilides papuleuses ou papulo-tuberculeuses en corymbes nt des manifestations syphilitiques secondaires tardives, qu'on peut bserver sur le front ou les tempes; quelquefois leur bouquet se ispose mi-partie sur la peau glabre, mi-partie dans le cuir chevelu. est une efflorescence de 4 à 20 éléments, disposés en bouquet plus moins régulier. Ces éléments sont bruns, ronds, peu saillants, lats, gros comme une lentille, lents à disparaître, et durant souvent es mois à leur place sans modification objective, caractère qui les oigne des éruptions secondaires de forme analogue, toujours beau-up moins stables.

Ces éruptions secondaires tardives montrent l'insuffisance du traitement antisyphilitique suivi jusque-là, et demandent un nouveau traitement mieux dirigé : frictions ou piqûres de préférence (p. 726). Contre ces lésions, l'iodure paraît d'une efficacité incertaine. Tout au plus peut-on l'associer aux préparations mercurielles.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

Le lupus érythémateux se présente au front avec les caractères que nous lui avons décrits en toute autre région du visage (p. 19). C'est toujours la tache cicatricielle blanche, déprimée, marbrée de brun, un peu surélevée, lisérée de rose, et écailleuse à son pourtour. Ses symptômes propres, sa durée indéfinie, son évolution cicatricielle, la coexistence de lésions semblables d'autre siège, etc., tout cela, dans les cas normaux, ne laisse guère de doute à l'observateur même novice ; mais il y a des cas frustes qui peuvent surprendre le diagnostic des meilleurs dermatologistes. Nous ne pouvons faire ici le tableau de ces formes d'exception. Se rappeler dans les cas douteux, lorsque les caractères objectifs d'une lésion sont anormaux, que l'évolution caractérise une dermatose au moins autant que son objectivité.

Traitement (p. 21).

ACNÉ NÉCROTIQUE — ACNÉ FRONTALIS (HÉBRA)

Le front est un des lieux de prédilection de l'acné nécrotique ; quelquefois elle y débute, toujours elle s'y localise, quelquefois même exclusivement ; le plus souvent on l'y trouve en même temps qu'au nez (fig. 104), au cuir chevelu (p. 261) et au-devant du thorax (fig. 196 et p. 542). Partout elle est caractérisée par une éruption discrète ou abondante des mêmes éléments. Ils commencent comme une pustule d'impétigo circumpilaire (*impetigo rodens* de Hillairet-Gaucher), mais la pustule s'arrondit et augmente de diamètre.

La croûte ronde, plate, discoïde, incrustée dans la peau demeure sur place plusieurs semaines. Elle finit par se détacher et tombe avec le ou les cheveux qui la traversent, laissant une cicatrice varioloïde fortement marquée et fort laide, indélébile. J'ai dit ailleurs ce qu'est l'acné nécrotique comme nature. C'est une pustule d'impétigo de Bockhart superposée à l'infection séborrhéique du follicule centrant la pustule.

L'éruption frontale d'acné nécrotique fait, à la longue, une couronne cicatrices, plus nombreuses des deux côtés vers les tempes que vers milieu du front. Cette éruption est faite de poussées plus ou moins équentes et fortes, plus ou moins longues aussi. Le traitement guérit ne poussée, mais n'empêche pas les récidives. J'ai insisté déjà sur le aitement de l'acné nécrotique aux parties glabres (p. 105) : je viendrai sur son traitement en parlant de ses éruptions au cuir evelu (p. 261). Je n'en dirai donc rien ici.

ACNÉ HYPERTROPHIQUE

L'acné de la période d'involution s'accompagne quelquefois de stase neuse, passive, d'une te d'œdème congestif d'infiltrat quasi néo-sique, dont nous avons servé un bel exemple ec le rhinophyma. Cet t peut s'observer (plus ement) aux joues, au nt, ainsi que l'indique igure suivante (fig. 50). Le traitement reste ce-que nous avons expo-en parlant de la locali-ion au nez de cette me morbide (p. 113). faut ajouter, à ce que us en avons dit, la npression de la région, ssible ici, avec un pan-nent élastique, ce qui le beaucoup à la ré-ption des infiltrats, et id en quelques jours à région malade une bien meilleure apparence. Toutefois cet état très onique, très lentement progressif, est très récidivant après les éliorations thérapeutiques.



Fig. 50. — Acné hypertrophique. — *pf*, pli fissuraire. — *mh*, masse hyperplasique. — (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1287).

SYPHILIDES FRONTALES TERTIAIRES

Les syphilides tertiaires frontales, assez fréquentes, très caractéristiques et très souvent méconnues appartiennent au type des lésions gommeuses en nappe. Au début ce sont des nappes rouges ou violettes, irrégulières de bords et de forme, de surface un peu mamelonnaire; le toucher y fait sentir des nodosités. Dans un deuxième stade ces nodosités s'ulcèrent et se recouvrent d'une croûte brun verdâtre permanente, adhérente, sous laquelle on trouve une ulcération à pic, peu profonde, grisâtre, humide, saignant assez facilement. Souvent ces ulcérations se fusionnent et s'étendent; elles forment des lésions ulcéreuses rayonnantes, bizarrement découpées. Tous les traitements externes restent sans effet. Le traitement interne mixte, bien conduit, donne en quelques semaines des résultats excellents.

La lésion disparue, sa cicatrice reste, elle est blanche, comme une cicatrice traumatique et sa forme arborescente la désigne clairement à l'œil du médecin; on ne peut toutefois baser absolument sur elle un diagnostic rétrospectif, elle ne peut donner qu'une probabilité, non une certitude.

ÉPITHÉLIOMATOSE

Le front à peau grasse des vieilles gens, surtout dans ses régions temporales, présente une propension à montrer les verrues séniles, et les dégénérescences épithéliales. C'est un des points où les épithéliomas cutanés s'observent le plus souvent, soit sous la forme perlée saillante non ulcérée, soit sous la forme ulcéro-croûteuse.

J'ai assez insisté ailleurs (p. 55 et 115) sur les caractères, l'évolution et le traitement actuel de ces lésions, pour n'avoir pas à y revenir ici.

VARIA

Je rappelle pour mémoire que le front est une des régions où s'observent le plus fréquemment l'*impetigo contagiosa* (p. 8), le chloasma (p. 28) et les éphélides (p. 6), etc.

PAUPIÈRES

re présente à considérer d'abord simple connu sous le nom de humatismale	Blépharite simple . p. 139.
te la blépharite ciliaire pustu- que qui précède et accompagne ycosis de la moustache	Blépharite pustu- leuse chronique . p. 140.
lierons ensuite le chancre sy- la paupière, moins rare qu'on le supposer	Chancre de la pau- pière . . . . . . p. 141.
blépharite syphilitique qui ac- s éruptions secondaires. . . .	Blépharite syphili- tique secondaire. p. 142.
ir intra-palpébrale, indolore, ente, que les oculistes nomment nérite quelques mots de des-	Chalazion . . . . . p. 142.
te les petites tumeurs molles du molluscum contagiosum. .	Molluscum contagio- sum . . . . . . p. 142.
uis les grains de milium très ussi aux paupières	Milium . . . . . . p. 143.
, nous étudierons le xanthome s paupières, petit placard jaune re, d'évolution chronique. . .	Xanthélasma . . . p. 144.
zona ophtalmique dont les siculeux peuvent couvrir non a paupière, mais le front aussi.	Zona ophtalmique . p. 145.
ninerons ce chapitre en disant ts de la pelade des cils. . . .	Pelade des cils. . p. 145.
phtiriase ciliaire qui est rare, ut connaître.	Phtiriase ciliaire. . p. 146.
des renversements cicatriciels re, surtout consécutifs au lupus.	Ectropion . . . . . p. 146.

BLÉPHARITE SIMPLE

lépharite simple les bords des paupières sont rouges, angeants; le soir, quand on travaille, les yeux piquent. uit, les cils se collent; le matin, les rebords palpébraux

sont croûtelleux et cuisants, la conjonctive oculaire est injectée.

Il est probable qu'il s'agit d'une infection microbienne banale. On donne très gratuitement à cette blépharite une origine rhumatismale, ce qui ne signifierait quelque chose que si le rhumatisme était défini.

Cette blépharite est récidivante, une ou deux fois par an, chez certains sujets. Ses crises durent facilement deux ou trois mois.

Traitement. — Lavages fréquents à l'eau de Vichy chaude pour dissoudre les croûtelles, avec de l'eau physiologique tiède pour décongestionner; appliquer le soir une pommade mercurielle faible.

Bioxyde rouge Hg	10 centigrammes.
Vaseline	20 grammes.

BLÉPHARITE PUSTULEUSE — ORGELET

La lésion élémentaire de cette blépharite est l'orgelet : pustule folliculaire orificielle ciliaire. Un orgelet peut être isolé, le plus souvent il récidive. Il s'observe surtout chez l'enfant, mais aussi chez l'adolescent et même chez l'adulte; cette blépharite pustuleuse peut devenir chronique. Alors les cils sont agglomérés en pinceau, le rebord ciliaire est peuplé d'orgelets récidivants. Dans l'angle interne de l'œil, au matin, on trouve une goutte de pus. A la longue les cils sont expulsés par folliculite profonde et le bord palpébral chroniquement rouge, devient atrophique, et presque glabre. Cette blépharite pustuleuse est comptée parmi les stigmates de *lymphatisme*. Si l'on définissait le lymphatisme et la scrofule, comme la tuberculose, par le bacille de Koch, cette opinion serait une erreur. Ces lésions ne sont pas tuberculeuses. En dehors de cette définition erronée le lymphatisme n'en a guère d'autre. Certains individus présentent manifestement une prédisposition à laisser envahir leur muqueuse par les microbes pyogènes. Mais nous ne savons aucunement la nature de cette prédisposition.

On traite la conjonctivite dont cette blépharite s'accompagne par les instillations bi-quotidiennes de sulfate de zinc au 1/50. Les pustules doivent être ouvertes et cautérisées au pinceau avec une solution de nitrate d'argent au 1/15. Les lavages à l'eau physiologique, en pansements humides nocturnes, toujours très bien supportés, donnent à la longue de bons résultats. Cette affection est très chronique ou récidivante. Elle précède souvent une rhinite antérieure dont nous avons parlé en son lieu (p. 94).

CHANCRE DE LA PAUPIÈRE

'accident initial de la syphilis est moins rare aux paupières qu'on l'imaginerait d'abord. C'est en effet un chancre professionnel: il presque spécial aux tourneurs en corne, en cuivre, etc. Dans ces tiers, il arrive souvent qu'un éclat de matière dure soit projeté dans il d'un ouvrier. Il fait immédiatement d'infimes érosions à la con-



51. — Chancre syphilitique de la paupière supérieure. — Le même après guérison. (Malade de Lailler. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 84.)

ctive palpébrale. L'habitude existe entre ouvriers d'enlever mutuellent ces poussières avec le bout mouillé de la cigarette retirée de la iche. Là est l'origine de la plupart des chancres de la paupière.

ls occupent d'ordinaire le bord palpébral, qu'ils éversent lorsqu'ils léveloppent surtout aux dépens de la muqueuse, ce qui est la règle, e que représente la figure 51. C'est, comme partout, une indura- charnue, rouge, dure, peu suintante, exulcérée seulement, non éreuse.

on développement progressif en une ou deux semaines, le ganglion ellite *pré-auriculaire*, gros comme une bille d'enfant, dur, roulant s le doigt et presque indolore; la marche de l'ulcération enfin qui, ès deux semaines d'état stationnaire, régresse peu à peu : tout cela, je, fait faire le diagnostic sans peine. Il est remarquable de voir

cette lésion, qui certaines fois paraît énorme et est toujours très déformante, disparaître sans laisser d'autre trace que l'induration qui s'efface progressivement.

Les lotions anodines à l'eau de sureau, de camomille, de Vichy, chaudes, sont les seules applications locales justifiées.

BLÉPHARITE SYPHILITIQUE SECONDAIRE

Je dirai un mot de la *blépharite syphilitique secondaire*. Elle coexiste avec les éruptions de roséole papuleuse et généralement, en dehors des paupières, le visage montre beaucoup d'éléments papuleux, caractéristiques pour un œil un peu exercé (p. 24). Les conjonctives sont injectées, les paupières n'ont plus la courbe régulière du bord palpébral, parce que ce bord est soulevé de place en place par une macule papuleuse.

La coexistence de l'éruption au visage doit orienter le diagnostic, qui est certifié par la roséole du corps, les pléiades ganglionnaires, et le commémoratif de l'accident initial.

CHALAZION

On a dit sans preuves absolues que le *chalazion* est une *acné des glandes de Meibomius*. Le siège anatomique de la lésion est certain, non pas sa nature. C'est en tout cas une petite tumeur tout à fait semblable à celles de l'acné indurée, d'évolution chronique progressive, puis stationnaire, puis régressive, dont l'évolution totale dure de 6 mois à 2 et 3 ans. Une fois faite elle peut ne pas régresser.

Le traitement du chalazion ressortit à l'oculistique, c'est le curettage de la tumeur par sa face palpébrale, opération tout à fait bénigne et toujours suivie de succès.

Le chalazion ne récidive pas sur place, mais une même paupière peut porter ensemble ou successivement plusieurs chalazions.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Le *molluscum contagiosum* est une petite tumeur bénigne de la peau qui présente toutes les dimensions, depuis celle d'un grain de

il jusqu'à celle d'un petit pois. Ce sont de petites tumeurs molles, essiles, saillantes sur la peau, ombiliquées à leur sommet. Ces petites umeurs peuvent exister sur tous points du corps ; aussi seront-elles menionnées parmi les dermaoses générasées (p. 696). les sont plus équentes au sage, et je les écris à la paupère surtout à use du bel emple figuré e j'en puis urnir (fig.). Souvent molluscum ntagiosum ontre 20 ou exemplaires unis sur une ème région. D'autres fois, il en existe quelques éléments disséminés r tout le visage. Ne pas confondre ces lésions avec celles du *milium*.



Fig. 52. — Molluscum contagiosum des paupières. (Malade de Thibierge. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1672.)

Le traitement est simple : c'est l'extirpation à la curette tranchante. ec elle on fait sauter chaque petite tumeur une à une. Cette opéran est très peu douloureuse, et ne s'accompagne presque d'aucune fusion de sang.

MILIUM

Le milium ne s'observe pas qu'aux paupières, mais c'est aux paupères qu'il se voit le plus fréquemment, plus souvent chez les mmes que chez les hommes, à tout âge, mais particulièrement vers quarantaine.

Chaque grain de milium (*hordeolatum*) est un petit kyste blanc qui ssemble à un grain *d'orge* enchâssé dans la peau.

On ne le traite que pour l'esthétique du visage. Il n'est d'aucune avité, ne devient, on peut dire, jamais, l'origine d'un épithélioma.

Traitement. — Ouvrir chaque élément avec la plus fine pointe du galvano-cautère, et exprimer le contenu du kyste. S'ils récidivent, recommencer en cautérisant chaque poche kystique avec un stylet mousse en bois ou ivoire dont on a trempé la pointe dans de la teinture d'iode.

XANTHOME — XANTHÉLASMA

Le xanthélasma peut s'observer sur tout le corps (p. 708), sur toute région du visage, mais sa localisation de beaucoup la plus fréquente est la paupière supérieure dans sa moitié interne. La paupière inférieure est prise secondairement.



Fig. 53. — Xanthome vrai. (Malade de Darier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1600.)

La lésion du xanthélasma est très particulière. C'est, sous la peau très mince de la région, une tumeur en nappe, plate, à peine mamelonnaire, et d'une couleur jaune, ictérique.

Cette lésion, presque toujours symétrique, est d'une évolution tout à fait chronique, ne rétrocède jamais, augmente lentement. Elle ne présente aucune gravité et ne dégénère jamais. Elle ne s'observe guère avant la quarantaine. Elle existe chez les deux sexes.

Histologiquement, c'est une maladie très spéciale, mais dont la nature est tout à fait ignorée (p. 708).

Le traitement, qui demande un peu de doigté, est d'une réussite certaine, et rapide.

Faire à travers cette nappe très molle une série de pointes de feu au galvano-cautère *à pointe demi-fine*, les pointes étant à 1 millimètre

2 de distance les unes des autres. En une séance, la lésion trocède des 2/5; en trois séances espacées de 15 jours chacune, tout it être terminé.

ZONA OPHTALMIQUE

On ignore la nature et l'origine du zona. Celui-ci a pour région de dis- bution celle de la branche ophtalmique du trijumeau. Comme tous zonas, celui-ci est hémilatéral, pustules en corymbes peuvent ne couvrir la région frontale, le r chevelu, la région frontale glabre la région temporale, les paupières le globe de l'œil d'un seul côté. Ces pustules sur l'œil sont extrê- ement dangereuses. Elles s'accom- gnent presque toujours d'hypo- on, un croissant de pus s'accu- ılant en bas de la chambre anté- ure de l'œil; l'œil court alors de ands risques de panophtalmie; ce- ndant, même dans ce cas, celle-ci très loin d'être fréquente.



Fig. 54. — Zona ophtalmique. (Malade de Danlos. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1871.)

Il n'y a point de traitement du na; les glycérés d'amidon et pâtes zinc n'ont que peu de valeur. Je doute qu'un traitement de l'œil, même le plus rationnel, les npresses chaudes permanentes, ait une action réelle pour détourner menace de l'hypopyon ou de la panophtalmie.

Un pansement occlusif a cet avantage de calmer la photophobie et mettre l'œil au repos.

Le zona disparu, on pourrait traiter la névralgie persistante par les vérisations de chlorure de méthyle qui m'ont donné de bons résultats.

PELADE CILIAIRE

a chute partielle ou totale des cils est ordinairement un épiphé- iène au cours d'une pelade généralisée. Elle participe alors à la

marche générale du processus. Et son pronostic est celui de l'affection qu'elle accompagne.

J'ai vu une fois une alopécie d'un seul bord palpébral. Cette alopécie était survenue très vite chez une grande nerveuse. Elle dura quatre mois environ et la repousse se produisit presque spontanément.

On ne peut guère conseiller d'applications locales quotidiennes sur les bords ciliaires lorsqu'il existe une pelade généralisée demandant déjà bien des soins. Dans ce cas, j'ordonne simplement une pommade au bioxyde rouge Hg au 1/100e. Dans la pelade localisée du bord palpébral, on peut appliquer une lotion lactique ou acétique avec un bois d'allumettes sans douleur pour l'œil.

Acide lactique	8 grammes.
Alcool à 60°	50 —

PÉDICULOSE

La pédiculose des cils est une rareté. Elle ne s'observe guère que chez des gens très peu soigneux de leur personne et portant depuis longtemps, au pubis, les poux spéciaux de cette région. C'est toujours le *phtirius pubis* qu'on observe aux paupières.

Quand on se trouve en présence d'une blépharite dont la cause est inexpliquée, il faut toujours penser à celle-là. Car le morpion accroché au bord palpébral est très peu visible.

Traitement : épilation de chaque parasite à la loupe et pareillement de chaque cil portant un œuf.

ECTROPION

L'ectropion est le renversement de la paupière produit par une cicatrice rétractile. Il s'observe après le lupus tuberculeux de la joue, après l'épithélioma, après une brûlure du visage, etc. Étant donnée sa cause, l'ectropion ne peut être guéri que par une autoplastie rendant au bord palpébral sa liberté.

Dans l'ectropion très prononcé, l'œil reste à découvert même pendant le sommeil, de là la possibilité d'ulcérations de la cornée.

ŒIL

De toute la pathologie de l'œil, le dermatologiste ne doit rigoureu-ement connaître que très peu de types morbides.

Le premier est la kératite interstitielle ui est un stigmate de la syphilis hérédi-ıire	**Kératite intersti-tielle . . . . . . p. 147.**
Le second est l'impétigo phlycténulaire ui accompagne ou suit l'impétigo du vi-ıge	**Kératite phlycténu-laire . . . . . . p. 147.**
Le troisième est l'iritis secondaire syphi-tique	**Iritis syphilitique . p. 148.**

KÉRATITE INTERSTITIELLE

La kératite interstitielle est un stigmate de syphilis héréditaire. ur un point excentrique, ordinairement dans sa partie inférieure, la ornée est rendue opaque par un dépôt interstitiel d'un blanc bleuâtre, lus marqué au centre de la tache et qui va s'amincissant en dégradé son pourtour; c'est toujours une lésion de l'enfance, mais qui peut accentuer peu à peu.

Souvent dans ce dépôt blanchâtre, on voit se former tout un groupe e ponctuations noires, rondes, de grosseur variable, et qui sont des ynéchies iridiennes antérieures.

Cette lésion s'observe sans autres symptômes fonctionnels qu'un moindrissement progressif de la vision, lorsque l'opacité cornéenne agne le centre de la pupille.

Cette lésion, que le traitement spécifique n'améliore pas lorsqu'elle t constituée, permet le plus souvent la vue après iridectomie. Pour dermatologiste, c'est un élément de diagnostic rétrospectif des plus nportants.

KÉRATITE PHLYCTÉNULAIRE

La *kératite phlycténulaire* est l'impétigo de l'œil; c'est une érosion coup d'ongle de la surface de la cornée, résultant d'une phlyctène

impétigineuse, le plus souvent survenue au cours d'un impétigo du visage (p. 8). Cette lésion s'accompagne de photophobie intense et de larmoiement.

L'enfant, plus ou moins couvert de croûtes impétigineuses, ou bien atteint de coryza impétigineux avec écoulement nasal (p. 92), s'avance en tenant sa tête oblique. L'œil qu'il tient le plus bas est fermé. Si l'on ouvre les paupières, on trouve la conjonctive suppurante, l'œil injecté, et à la surface de la cornée la petite lésion dépolie qui est la trace érosive de la phlyctène impétigineuse abrasée.

Cette lésion mal traitée ou non traitée dure longtemps; souvent plusieurs lésions semblables se produisent successivement, et alors l'affection dure 4 et 6 mois. Chaque érosion laissera une opacité cornéenne bleuâtre, définitive. Bien traitées, au contraire, ces lésions prises à temps guérissent sans laisser de traces.

Les instillations de sulfate de zinc au 1/100e répétées 3 à 5 fois le jour et les compresses permanentes chaudes constituent le traitement de choix de cette affection.

IRITIS SPÉCIFIQUE

Il existe une iritis récidivante dite rhumatismale, parce qu'on en ignore la cause; on voit quelquefois l'iritis survenir au cours de manifestations infectieuses diverses (érythème scarlatiniforme récidivant, etc.); on en a même signalé au cours de la blennorragie. Mais l'iritis la plus fréquente, la mieux caractérisée, est l'iritis de la syphilis secondaire.

Elle peut survenir dès l'apparition de la roséole, mais elle tarde ordinairement davantage; on peut l'observer au cours de toute la première année de la syphilis.

Elle s'annonce par un cercle de congestion périkératique souvent dénommée « coup d'air », très peu douloureuse d'ailleurs. Déjà, si l'on examine la pupille, elle n'est plus ronde mais oblongue, plus ou moins difforme, présentant quelquefois sur un point de son pourtour une encoche. Si l'on examine la mobilité de l'iris en faisant ouvrir subitement l'œil après l'avoir tenu fermé, l'effort que la pupille fait en se contractant exagère sa difformité.

La lésion consiste en ceci : que la face postérieure de l'iris est tapissée d'un exsudat inflammatoire fibrineux qui l'immobilise. Par

l'orifice pupillaire, on peut voir ces synéchies postérieures comme un louche floconneux.

Cette lésion bénigne, si elle est prise à temps, doit être soignée intensément, toujours par les piqûres d'huile grise ou de calomel (p. 53). Il est d'usage de faire porter au malade un emplâtre de Vigo, ou de lui faire faire des applications d'onguent gris sur toute la région de la tempe. Les injections sont plus nécessaires.

Bien traitée, la lésion rétrocède et guérit en 2 ou 3 semaines. L'iris retrouve sa mobilité. La vision reste parfaite. Mal traitée ou traitée trop tard, l'iritis laisse des synéchies permanentes et la pupille reste difforme. Cela est une cause de récidive.

L'iris n'est pas toujours seul atteint, la choroïde l'est souvent et les irido-choroïdites sont récidivantes aussi et peuvent laisser au fond de l'œil des désordres définitifs. Mais les choroïdites sont du domaine de l'oculiste et ne sauraient être étudiées ici.

SOURCILS

Le sourcil présente à considérer : d'abord une insuffisance de développement pour laquelle on est quelquefois consulté. . . .	**Atrichie.** . . . . . p. 150.
...Ou une exagération de développement qui réunit les sourcils sur la ligne médiane.	**Hypertrichose** . . . p. 150.
Comme toutes les régions pilaires le sourcil est un lieu d'élection pour le pityriasis gras.	**Pityriasis stéatoïde.** p. 151.
...Et pour l'eczéma suintant et croûteux qui peut lui succéder	**Eczéma** . . . . . . p. 152.
Ces états sont souvent suivis d'une alopécie qu'il faut connaître et traiter	**Alopécie pityrode** . p. 153.
Le sourcil est le lieu d'élection d'une maladie particulière, signalée par une légère hyperkératose de l'orifice pilaire et une atrophie ultérieure du poil.	**Kératose pilaire** . . p. 153.
La queue du sourcil est un point où persiste quelquefois un kyste congénital pris à tort pour une loupe.	**Kyste de la queue du sourcil.** . . . p. 154.
C'est une des régions où l'alopécie syphilitique secondaire prend une des formes les plus spéciales	**Alopécie syphilitique** . . . . . . p. 155.
La pelade des sourcils est à connaître, bien qu'elle ne soit ordinairement qu'un épiphénomène des pelades graves.	**Pelade du sourcil.**. p. 155.
Enfin le sourcil est un des points où se fait au début le diagnostic de la lèpre tuberculeuse.	**Tubercules lépreux.** p. 156.

ATRICHIE ET HYPERTRICHOSE

Il y a des jeunes filles qui se plaignent que leurs sourcils sont trop pâles et trop peu fournis.

Le plus souvent ce sont des blondes aux cheveux fins ; on peut leur conseiller des lotions excitantes du type de celle-ci :

Teinture de jaborandi	25	grammes.
Alcool à 90°	250	—
Extrait de violettes	25	—

On peut conseiller aussi des lotions acétiques faibles qui ont tendance à faire foncer la couleur du cheveu Exemple :

Acide acétique cristallisable.	1 gramme.
Liqueur d'Hoffmann.	50 grammes.

(un peu caustique).

Quelques jeunes filles inversement se plaignent, non pas que leurs sourcils soient trop accusés, mais qu'ils se rejoignent sur la ligne médiane. Ce sont des brunes, hypertrichosiques, présentant en divers lieux un duvet trop accusé et trop visible. Contre cette hypertrichose inter-sourcilière, il n'y a guère à préconiser que l'électrolyse (p. 158). Bien faite et appliquée aux seuls gros poils, en laissant en place le duvet pâle, elle améliore l'état des choses, et enlève de la dureté d'expression que donne au visage cette légère disgrâce.

PITYRIASIS STÉATOÏDE

Le sourcil se comporte comme un morceau détaché du cuir chevelu, il en peut présenter toutes les maladies principales, en particulier toutes les maladies pelliculaires.

Le pityriasis du sourcil accompagne en général le pityriasis stéatoïde du cuir chevelu (p. 232), et ses squames sont stéatoïdes comme les siennes. En rebroussant les poils du sourcil, on voit des pellicules soulevées, épaisses, jaunes, molles, qui peuvent même très légèrement dépasser la région pilaire. Cet état est permanent avec des exacerbations ; l'état stéatoïde des squames est plus ou moins marqué, tantôt elles sont feuilletées, presque sèches ; tantôt elles sont pâteuses comme une graisse demi-concrète.

Ce pityriasis est presque toujours diffus, rarement figuré par anneaux ou demi-circinations. Dans ce dernier cas, il y a des cercles pityriasiques du front (p. 133) et du sillon naso-génien (p. 106).

Le traitement au début emploiera des pommades au goudron ou au soufre dont les résultats sont immédiats :

Soufre précipité	1 gramme.
Vaseline.	50 grammes.
Résorcine	1 gramme.
Essence de verveine . . Q. S. pour parfumer.	

ou bien :

Huile de cade		5 grammes.
— de bouleau	ãã	1 gramme.
Ichtyol	ãã	1 gramme.
Résorcine	ãã	1 gramme.
Lanoline		10 grammes.
Vaseline		15 —

Ces pommades sont appliquées le soir, nettoyées le matin.

On entretiendra ultérieurement les bons résultats acquis avec des frictions quotidiennes telles que :

Coaltar saponiné	25 grammes.
Eau de Cologne	175 —

ECZÉMA PILAIRE

Le pityriasis stéatoïde, aux sourcils comme partout, est souvent l'origine d'une eczématisation sous-jacente, donnant lieu à un suintement vrai et à des croûtes. Le même phénomène se produit à la moustache (p. 165), à la barbe, au cuir chevelu (p. 239), et quelquefois l'eczématisation se produit en tous ces points. Les phénomènes fonctionnels : prurit, chaleur, suintement, se prononcent ou apparaissent; le suintement d'une sérosité poisseuse et coagulable se produit et s'exagère, donnant lieu à des croûtes épaisses, qui occupent, comme le suintement, la place exacte du sourcil et agglomèrent ses poils en une seule masse. Cet eczéma, limité aux régions pilaires, participe beaucoup de la tolérance aux médicaments que le pityriasis montrait déjà; ce sont des eczémas qui tolèrent les goudrons très ordinairement et les soufres même quelquefois. Ces applications se font en pommades, appliquées par massage :

Huile de cade		10 grammes.
Lanoline		20 —
Huile de bouleau	ãã	1 gramme.
Résorcine	ãã	1 gramme.
Ichtyol	ãã	1 gramme.

ou bien :

Soufre précipité	ãã	1 gramme.
Résorcine	ãã	1 gramme.
Ichtyol	ãã	1 gramme.
Vaseline		30 grammes.

On les savonne le lendemain avec un blaireau à barbe et un savon très doux, ou bien on les frictionne d'abord avec des boulettes d'ouate hydrophile imprégnées d'huile d'amandes douces fraîches, ensuite avec des boulettes d'ouate hydrophile sèches.

Prévoir des récidives, et fournir un traitement d'hygiène locale contre les pityriasis locaux quand ils reparaissent (p. 152).

ALOPÉCIE SOURCILIÈRE PITYRODE

Le sourcil présente des mues périodiques, il offre en outre une alopécie plus ou moins marquée, accompagnant le pityriasis stéatoïde. Un sourcil peut perdre ainsi 1/4, 1/3 de son volume par une alopécie diffuse accompagnant l'évolution des pellicules. On peut même voir après l'eczéma pilaire (p. 152) une alopécie sourcilière presque complète, très momentanée d'ailleurs.

Cette alopécie, comme celles qui suivent le pityriasis, en tous sièges, sont curables par les moyens thérapeutiques qui agissent contre sa cause : les pommades cadiques ou soufrées (p. 151). Lorsque la cause pelliculaire a disparu, il est permis de cesser l'usage des pommades et de prescrire des frictions alcooliques du type de celles qui sont utiles dans les alopécies pelliculaires au cuir chevelu. Exemple :

Coaltar saponiné	ãã 25 grammes.
Extrait de violettes	
Alcool à 60°	200 —
Nitrate de potasse.	50 centigrammes.
Eau distillée.	50 grammes.
Bichlorure Hg	30 centigrammes.

Les alopécies sourcilières, comme toutes, peuvent devenir, chez des nerveux héréditaires ou des surmenés, l'origine de phobies du type de celles dont nous aurons à parler plus loin (p. 161).

KÉRATOSE PILAIRE

La kératose pilaire semble une affection résultant d'une dystrophie cutanée congénitale, mais qui se prononce surtout dans la deuxième enfance pour devenir de plus en plus visible au cours de l'adolescence. On aperçoit d'abord les lésions quand le visage est rouge, animé par un exercice physique ou une émotion. Il semble alors que les méplats des joues et la tempe au niveau de la queue du sourcil ainsi que les

deux régions sus-sourcilières (p. 150) soient criblées de points rouges qui sont des élevures cornées folliculaires, à peine saillantes, coniques ou tronconiques, entourées chacune d'une minuscule aréole rouge. Au repos, ces ponctuations sont beaucoup moins visibles et de couleur jaunâtre sucre d'orge. Elles rougissent et se prononcent après une friction locale un peu rude. Il est aisé de vérifier que les poils ou follets des régions ainsi modifiés, quand ils sortent d'un cône corné, sont dystrophiques, lanugineux. Lorsque, comme c'est la règle, la maladie temporale et sus-sourcilière envahit le sourcil par sa portion externe, ce processus s'accompagne d'une atrophie progressive de la queue du sourcil (Brocq). Dans les cas graves, il ne reste des sourcils que leur partie tout à fait interne, qui ressemble aux deux plumes sus-orbitaires de la chouette. Ces lésions orificielles, folliculaires, sèches, sourdement inflammatoires puisqu'elles s'accompagnent de rougeur, aboutissent à la sclérose folliculaire, à l'atrésie cicatricielle du follicule, à la disparition définitive du poil qu'il contient. Cette cicatrice est punctiforme.

Cette affection très particulière a été rattachée à la kératose pilaire du dos, des bras (p. 320). Elle n'est pas tout à fait identique et n'existe souvent pas aux sourcils de patients dont les bras en sont criblés. Elle offre aussi quelque parenté avec la pseudo-pelade de Brocq (p. 249) au point de vue objectif et évolutif. La thérapeutique réductrice, par le soufre, l'acide salicylique et la résorcine, est la seule qui donne quelques résultats, à la longue. Il faut user de doses fortes, et progressivement élevées jusqu'à éroder et exfolier l'épiderme corné.

Par exemple :

Acide salicylique	ãã 1 à 5 grammes.
Résorcine	
Soufre précipité.	
Vaseline.	30 grammes.

appliquées le soir, nettoyées le matin. Annoncer d'avance l'irréductibilité des lésions faites, la lenteur des progrès à faire et la médiocrité des résultats à espérer.

KYSTE DE LA QUEUE DU SOURCIL

Je mentionne pour mémoire ce vice tératologique assez fréquent et pour lequel le dermatologiste est quelquefois consulté. Au niveau de

a queue du sourcil, un peu au-dessus d'elle, on voit quelquefois une petite tumeur grosse comme un pois, une demi-noisette ou plus, qui généralement n'augmente pas de dimension, et persiste sur place sans symptômes fonctionnels.

Le malade prend ce kyste pour une loupe; c'est un reste de fente branchiale imparfaitement disparue. Aucun traitement local n'est à conseiller. Si le cas le mérite, proposer l'ablation chirurgicale.

ALOPÉCIE SYPHILITIQUE

L'alopécie de la syphilis secondaire porte sur tout le poil du corps. Elle est quelquefois singulièrement caractéristique, aux sourcils; et le cas n'est pas rare où un clinicien fait, à distance, en regardant son malade à trois pas, le diagnostic d'une syphilis secondaire avant d'avoir interrogé le patient.

On dirait une série de coups de ciseaux ou de rasoir donnés transversalement à la direction du sourcil et le partageant en tronçons. Cela est surtout prononcé vers la tête du sourcil et dans sa moitié interne. On prend les poils par pincées, ils viennent aux doigts en grand nombre. On examine le cuir chevelu, il présente l'alopécie pariétale en clairières (p. 254). Sur le corps et sur les muqueuses existent d'autres signes qui certifient le diagnostic (p. 720).

On peut donner un traitement local quand le malade le désire (prendre pour exemple celui de l'alopécie pityrode) (p. 153), mais le traitement général seul importe; le malade doit en être prévenu, et, comme dans tous les cas d'alopécie syphilitique, le malade doit être averti que sa maladie ne sera pas guérie quand les sourcils auront repoussé.

PELADE DES SOURCILS

La pelade des sourcils n'a aucune autonomie clinique. Il n'existe, pour ainsi dire, pas de cas où les sourcils soient frappés de pelade sans pelade concomitante de la barbe ou du cuir chevelu. Ordinairement les sourcils présentent des alopécies en aires ou presque diffuses, progressives, entraînant leur disparition, dans des pelades graves du cuir chevelu ou de la barbe, évoluant vers la pelade décalvante totale. Les pelades du cuir chevelu ou de la barbe sans être aussi complètes,

du moment qu'elles sont graves, peuvent s'en accompagner. Enfin, chez d'anciens peladiques, on peut voir par exception une plaque unique survenir au sourcil comme ailleurs. Ces alopécies en aires du sourcil ne sont que des épisodes au cours d'une affection plus générale que nous étudierons au cuir chevelu (p. 243) et en toutes les régions pilaires.

Le traitement local peut être celui que l'on est amené à conseiller pour le cuir chevelu (p. 248). La peau de la région supporte bien d'ordinaire les mêmes médicaments aux mêmes doses.

Mais la repousse des sourcils succède presque invariablement à celle des plaques du cuir chevelu, aussi le traitement des sourcils dans une pelade généralisée peut-il être relativement laissé de côté. On s'en occupe quand la repousse des cheveux est obtenue.

TUBERCULES LÉPREUX

La lèpre tuberculeuse, celle dont j'ai parlé déjà (p. 24), et qui aboutit à la face léonine, débute ordinairement par le sourcil sous la forme de nodosités intra-cutanées, irrégulièrement disséminées, ébouriffant le poil du sourcil, qui tombe ensuite à leur niveau. Rarement ces nodosités aboutissent à l'ulcération; ordinairement elles persistent, ou s'exagèrent en dimension et en nombre, en s'agglomérant pour former une tumeur moniliforme qui occupe toute la longueur du sourcil. Mais à ce moment l'aspect du reste du visage suffirait à faire faire le diagnostic de la maladie (fig. 10).

Comme de toutes les affections exotiques je parle brièvement de celle-ci qui aura plus loin son histoire clinique générale (p. 731).

RÉGION DE LA MOUSTACHE

es filles ou jeunes femmes consultent n, parce que le duvet de leur lèvre prend un développement excessif. .	Hypertrichose. p. 157.
es gens, parce que le développement noustache reste insuffisant.	Atrichie. . . p. 159.
tres cas, les poils de la moustache des nodosités nombreuses, au niveau les poils se cassent.	Trichorrexie noueuse. . p. 159.
n les poils se divisent en pinceau. .	Trichoptilose. p. 161.
stache présente, fréquemment, des pelliculaires ou pityriasis	Pityriasis . . p. 162.
llicules sèches.	P. simplex. . p. 162.
rasses	P. stéatoïde . p. 162.
ernier cas survient une chute des poils, chez les nerveux, devenir l'occasion ie assez grave.	Phobie des pityriasis . p. 161.
nerveux du reste s'épilent sans raison nent ainsi une alopécie artificielle. . .	Trichotillomanie. . . p. 162.
tache peut être le siège d'un eczéma roûtes jaune verdâtre, ordinairement régions pilaires	Eczéma fluent. p. 163.
tache est aussi le siège d'affections très importantes et de traitement	Sycosis . . . p. 165.
être atteinte d'alopécie en aires. .	Pelade. . . . p. 167.
sente, enfin, quoique rarement, une arasitaire, caractérisée par l'empâ- poils dans une gangue dure, brun l'aspect très sale	Piedra nostras. p. 168.

HYPERTRICHOSE

es filles ou jeunes femmes consultent le médecin pour raître le duvet de leur lèvre supérieure. Ce cas comporte egrés et solutions.

a qu'un duvet de follets égaux. — Le plus simple est de

les décolorer à l'eau oxygénée, ils deviennent invisibles. Pour cela, fai
10 fois de suite une friction locale avec des boulettes d'ouate hydr
phile mouillées d'eau oxygénée, pure, normale, à 12 volumes. Ent
chaque application attendre un instant que la précédente ait séch

2° *Il y a de gros poils rares dispersés*, ou bien *il y a une vra
moustache*. — Le seul remède efficace reste l'électrolyse de chaq
poil. Certaines femmes préfèrent l'usage indéfiniment renouvelé
la pince à épiler. L'épilation bien faite, c'est-à-dire brusquement,
peu douloureuse, mais le poil enlevé ainsi repousse toujours et gros
lentement.

On peut encore détruire par l'électrolyse les plus gros poils,
blondir le duvet sous-jacent.

L'épilation aux pâtes ou liquides épilatoires est à proscrire d
tous les cas. Elle laisse la lèvre *bleue* comme le rasage. Elle
pénible, à renouveler très fréquemment, et donne à la lèvre l'asp
perpétuel d'une barbe mal faite.

La radiothérapie ne semble pas devoir être conseillée ici pour p
voquer l'épilation, car elle n'est vraiment active que contre les p
adultes, nullement contre les follets. Il est ainsi beaucoup plus
de faire tomber une moustache d'homme qu'un duvet de femme
dernier ne tombe presque jamais sans érythème radiodermique
repousse 3 mois plus tard.

L'électrolyse appliquée à la destruction définitive des poils n'é
jamais employée plus souvent que pour débarrasser la lèvre d
femme d'une moustache, c'est ici que nous la décrirons succin
ment. Les instruments nécessaires sont : 1° une batterie de pet
piles à courants *continus*, de débit bien régulier; 2° un rhéostat; 3
milliampèremètre; 4° au pôle positif, un cylindre métallique re
de peau de chamois mouillée d'eau salée; 5° au pôle négatif
l'aiguille électrolytique fine comme une soie de sanglier, légère
obtuse du bout et coudée à 45° à 6 millimètres de sa pointe.

L'aiguille est introduite dans le follicule jusqu'à la papille pila
le malade prend en main le cylindre positif placé sur ses genoux.
produit, après 4, 6, 10, 20 secondes même quelquefois, une p
mousse en ébullition à l'orifice pilaire indiquant quand la destruc
du poil est terminée. Le poil opéré doit venir à la main sans résista
On peut employer un courant de 4-10 milliampères suivant la g
seur du poil à tuer. Il faut recommander en général 4-5 n

ères. Les meilleurs opérateurs peuvent détruire 30 poils par ce et comptent sur ce chiffre 3 ou 4 poils *manqués*, à opérer de eau. Bien savoir et faire savoir au malade la lenteur de ce édé, le nombre toujours considérable de séances à faire. Il y a ralement trois fois plus de poils sur une surface donnée que l'œil oit en voir d'abord. L'électrolyse tuant les gros poils d'une région donner au duvet qui reste un développement supplémentaire. ce fait est rare.

ATRICHIE

ez certains jeunes gens la moustache pousse peu et lentement. ont des faits très souvent héréditaires. Certains nerveux s'en ent. On peut conseiller des applications légèrement révulsives (A) xcitantes (B), mais sans être affirmatif quant au résultat. Le tat est toujours peu marqué. Mais la prescription peut avoir un tat moral et à ce titre être nécessaire :

A	Alcool à 60°.	āā 25 grammes.
	Acétone anhydre.	
	Acide acétique cristallisé.	50 centigrammes.
B	Liqueur d'Hoffmann	50 grammes.
	Eau distillée q. s. pour dissoudre.	25 centigrammes.
	Chlorhydrate de pilocarpine. . . .	
	Nitrobenzine.	V gouttes.

TRICHORREXIE NOUEUSE

tte affection singulière, assez commune à la moustache, y est urs plus marquée qu'à la barbe, où elle s'observe quelquefois. cheveux, elle est plus rare. Elle a des cas intenses, des cas ens, des cas très légers.

s cas très légers passent souvent inaperçus. *Dans les cas moyens*, xaminant de près la moustache, qui est un peu rude et présente poils cassés de toutes longueurs, on observe, dans son épaisseur, multitude de points blancs très fins. En regardant de plus près, bserve que chacun de ces points blancs est une nodosité sur le d'un cheveu. Il y a des poils qui en présentent 2, 4, 6 à la file, lement répartis, sur 3 ou 4 centimètres de longueur. Les poils

ainsi malades peuvent exister par centaines. Quand on tire sur quelqu'un d'eux, il se casse, toujours au niveau d'une nodosité; quand on le courbe, il plie au niveau d'une nodosité. Quand il est cassé, le poil

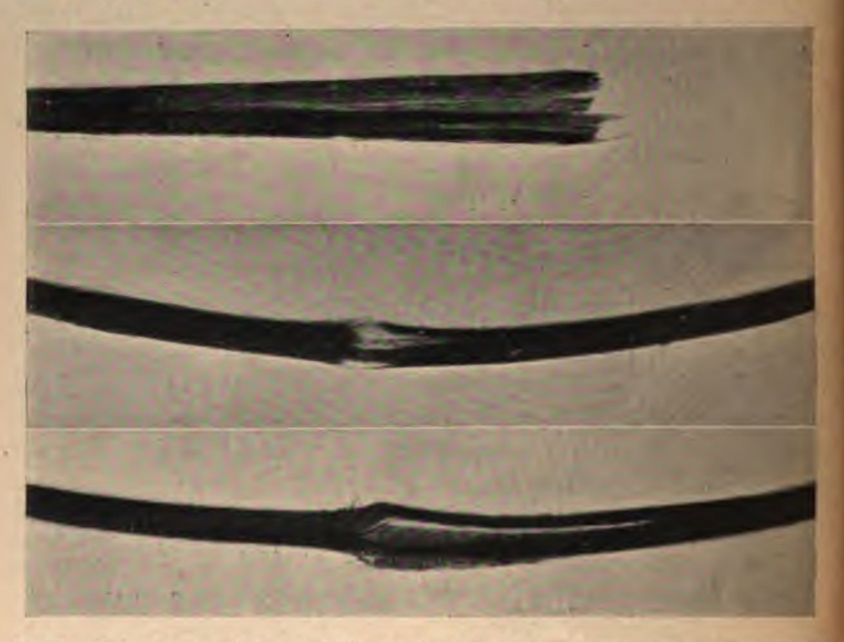


FIG. 55. — Poils de moustache au niveau d'une nodosité de trichorrexie ou après fracture en ce point (Grossissement 60 diamètres). Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.

présente une extrémité terminée en pinceau. Et, quand ce phénomène s'accentue, c'est la *trichoptilose* : « poil en barbes de plume ».

Dans les cas très accentués, la moustache est courte et rude, et comme coupée aux ciseaux, à un centimètre de longueur. On ne l'a pas coupée, mais le poil ne peut s'allonger sans qu'à ce niveau survienne une nodosité, au niveau de laquelle il se rompt. Ces cas sont toujours le résultat d'un traitement mal dirigé. L'aspect de la moustache est roussâtre. Ce poil a l'air artificiel et *déteint*.

Le poil trichorrexique, examiné au microscope, montre des altérations qui expliquent bien sa fracture (fig. 55), quoiqu'elles se montrent très différentes de ce qu'elles paraissent à l'œil nu.

L'étiologie de la trichorrexie noueuse garde des obscurités. On a invoqué à cette affection une origine microbienne. Cette hypothèse reste encore tout à fait gratuite.

Ce qu'on sait très certainement, c'est que, chez certains individus,

le savonnage quotidien ou biquotidien suffit à provoquer, à coup sûr, cette altération. Or, dans l'hypothèse microbienne, on multipliait les savonnages, qui multipliaient les points de trichorrexie, c'est ainsi que se constituent encore tous les cas de trichorrexie importants.

Toutefois, on peut observer de la trichorrexie sur des moustaches qui ne sont jamais savonnées. L'origine de ces cas est encore discutable.

TRICHOPTILOSE

Poils en barbes de plume (fig. 98). Cette altération du poil est d'origine mécanique, déterminée par des brossages trop répétés, des savonnages trop fréquents, etc., etc. Certains poils plus fragiles que d'autres y semblent particulièrement disposés. Il n'existe pas plus de traitement de la trichoptilose que de la trichorrexie noueuse dont la description précède : Recouper les poils malades et les lustrer avec une brillantine.

PHOBIES DES PITYRIASIS

Certains adolescents et adultes consultent le médecin, à cause de la chute perpétuelle, diffuse, des poils de leur moustache. Ces malades sont invariablement des nerveux nosomanes et leur chute est une hantise.

L'examen direct montre : 1° un léger degré de pityriasis local; 2° une chute de 3 à 5 poils en tout; 3° aucune plaque alopécique.

Le traitement est le traitement de l'état nerveux : assurer au malade qu'il ne perdra pas sa moustache, que cette chute quotidienne est normale. Conseiller une friction quotidienne ou biquotidienne avec un liquide alcoolique et antiseptique qui détruira l'état pityriasique et sera un remède moral. Exemple :

Alcool à 60°		250 grammes.
Alcoolat de lavande	ãã	25 —
Coaltar saponiné		
Bichlorure Hg		30 centigrammes.

Expliquer au malade son état nerveux, sa hantise et diriger la rééducation de sa volonté sur ce point. Il doit défaire son idée fixe, comme il l'a faite.

TRICHOTILLOMANIE

Certains malades, du même groupe nosomaniaque que les précédents, viennent trouver le médecin pour une alopécie en clairières de leur moustache. Ils accusent une démangeaison locale, un fourmillement et une quantité de symptômes subjectifs ; de plus, « quand ils touchent un poil, celui-ci vient à la main sans effort », etc.

Ce sont des nerveux, pityriasiques en cette région comme au cuir chevelu et aux sourcils, et à qui des démangeaisons locales ont donné le tic ou la manie de l'épilation. Ils s'épilent poil à poil pour voir si le poil tient. Ils déterminent ainsi des plaques qui seront baptisées pelade, d'où un redoublement d'épilation de poils soi-disant malades ; ainsi de suite.

Expliquer à ces nerveux, presque toujours intelligents, le mécanisme de leur manie, leur donner un traitement anti-pelliculaire local, et faire intervenir leur volonté qui les corrigera peu à peu.

PITYRIASIS

Lorsque la moustache est tout à fait développée, elle devient fréquemment chez l'adolescent et l'adulte le siège d'une affection pelliculaire limitée à la région de la peau qu'elle recouvre : *Pityriasis*.

Cette affection existe en d'autres sièges, elle sera surtout étudiée avec les maladies du cuir chevelu (p. 231).

A la moustache, elle existe sous deux formes : une forme sèche, une forme grasse.

La forme sèche, *pityriasis simplex*, est rare, peu importante, se traduit par quelques démangeaisons locales et des pellicules farineuses très fines, dont le grattage provoque la chute.

La forme grasse, *pityriasis stéatoïde*, est plus fréquente et plus désagréable. En soulevant les poils, on observe de nombreuses écailles épidermiques demi-déhiscentes, un peu épaisses, un peu jaunes, grasses au toucher, disséminées entre les poils à leur base.

Cette affection a quelques symptômes fonctionnels : prurit, chute de 5 à 10 poils par jour, qui n'aboutira jamais, d'ailleurs, à une alopécie visible, encore moins à la chute totale de la moustache.

Le pityriasis stéatoïde de la moustache est ordinairement une mani-

festation locale d'une maladie semblable de toutes les régions pilaires et de quelques régions glabres, espace intermammaire, pli naso-génien (p. 106).

Les conditions étiologiques sont : adolescence, sexe masculin, peau à tendance grasse, poil blond ou roux, système vaso-moteur facilement excitable, réflexe congestif habituel. Le pityriasis existe fréquemment chez des suralimentés. Sa flore microbienne est constante : *Pityrosporum Malassezii* (bacille-bouteille de Unna) et cocci (coccus à culture grise de la peau). Le pityriasis de la moustache est une affection facile à faire disparaître, non à guérir, car il récidive très vite. Il s'atténue spontanément avec les années. Il demande plutôt une hygiène locale qu'un traitement vrai.

Traitement. — Friction quotidienne avec eau de Cologne ou :

Alcool à 60°	250 grammes.
Alcoolat de lavande	ãã 25 —
Coaltar saponiné	
Bichlorure Hg	30 centigrammes.

ECZÉMAS

Les eczémas limités aux moustaches, comme ceux de la barbe et de toutes les régions pilaires, procèdent ordinairement d'un pityriasis préalable. Ils en gardent une tendance à se limiter exclusivement aux régions pilaires (fig. 56), et leur thérapeutique ressemble plus à celle des pityriasis · soufre, goudrons et leurs dérivés, qu'à celle des eczémas aigus beaucoup plus intolérants.

Ces eczémas, avec leur exsudation séreuse, se substituent souvent insidieusement aux pityriasis, et à leurs squames grasses. Le début toutefois peut en être assez aigu. Leur cause, en dehors de la précession des pityriasis, est inconnue. L'exsudation séreuse, en se coagulant emprisonne la moustache, comme une cire d'un brun-verdâtre, de consistance molle et grasse (eczéma séborrhéique). Sous la croûte, la peau est rouge et secrète par des milliers d'érosions punctiformes des gouttelettes qui se confondent et feront la croûte.

La cause de cet eczéma, comme celle de tous les eczémas, est inconnue. Dans les débris épidermiques cornés on trouve la flore des pityriasis (p. 162). Rarement la lésion s'impétiginise vraiment et prend la flore et les caractères de l'impétigo (p. 8).

Ordinairement, pendant toute la durée de l'affection, la croûte reste amicrobienne. Cette affection ne paraît donc pas résulter d'une infection secondaire du pityriasis. Cet eczéma était jadis rangé parmi les *achores* des sujets *lymphatiques*. On l'observe en effet plus souvent chez les adolescents, les jeunes hommes, blonds ou roux, à tissus mous et un peu gras. Mais on sait que le lymphatisme comme tous les états diathésiques manque de toute définition précise, acceptable.



Fig. 56. — Eczéma de la moustache et du menton (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 946).

Traitement : 1° Faire tomber la croûte en la ramollissant avec de l'huile ou de la vaseline.

2° Essayer avec quelque précaution une préparation soufrée et une préparation cadique faibles.

A.	Soufre précipité	50 centigrammes.
	Vaseline	30 grammes.

ou bien :

B.	Huile de cade	2 grammes.
	Lanoline	30 —

Suivant les cas, l'une agira mieux que l'autre.

Sitôt que l'expérience aura tranché ce premier point on augmentera très vite la dose du médicament actif.

A.	Huile de cade	5 à 15 grammes.
	Lanoline	25 à 15 —

ou bien :

B.	Soufre précipité	1 à 5 grammes.
	Vaseline	30 —

Faire garder au malade, par la suite, l'usage des savons cadiques ou sulfureux pour toutes ses toilettes.

ECZÉMAS NON LIMITÉS A LA RÉGION DE LA MOUSTACHE

Les eczémas qui ont tendance à se généraliser à de grandes surfaces peuvent atteindre la région de la moustache comme toute autre. S'ils ont pour elle une évidente prédilection, c'est que l'eczéma se rapproche du type étudié plus haut ; dans le cas contraire sa localisation à la moustache n'offre rien de particulier, nous étudierons ces eczémas avec les autres grandes dermatoses (p. 650).

SYCOSIS

Les sycosis de la moustache sont des affections pustuleuses présentant une remarquable tendance à la chronicité, et aux récidives après apparence de guérison. Il en existe deux types :

Un premier type, dans lequel le sycosis est limité exclusivement à la région de la moustache.

Un deuxième type dans lequel le sycosis est commun à la région du menton et des joues et à la région de la moustache. Celui-ci, très différent du premier, sera étudié avec les maladies de la barbe (p. 178).

Nous ne nous occuperons ici que du premier type.



Fig. 57. — Sycosis sous-narinaire consécutif à la rhinite chronique antérieure (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 813).

Sycosis limité à la Moustache. — Il débute toujours au-dessous de l'une ou des deux narines et reste souvent cantonné à l'espace sous-narinaire. Il naît par poussées successives et plus ou moins subintrantes de pustules folliculaires orificielles du type exact de l'impetigo de Bockhart (p. 204) : Pustules aune-verdâtre plus ou moins grosses, n coupole, centrées par un poil et enourées d'une aréole rouge. Les aréoles rouges se fusionnant, les ustules évoluent sur une surface rouge surélevée, œdème inflammaire (fig. 57), qui disparaîtra désormais d'autant plus lentement et

difficilement que les pustules se reproduiront sur place plus souvent et plus longuement.

Ce sycosis est le troisième acte d'une histoire clinique toujours la même. Une blépharite ciliaire débute dans l'adolescence, une rhinite antérieure la suit. Et, après des années, le mucus nasal ensemence la lèvre. Ainsi le sycosis de la moustache est toujours la conséquence d'un « rhume de cerveau » chronique ou récidivant. Le microbe des pustules est le staphylocoque doré.

Le sycosis est permanent, ou bien il récidive à chaque poussée nouvelle de rhinite. Ordinairement, il ne devient permanent qu'après plusieurs récidives. Une fois constitué, il n'a aucune tendance spontanée à disparaître. Et même des traitements bien conduits en viennent difficilement à bout.

Traitement. — 1° Traiter la blépharite, et surtout la rhinite par des irrigations d'eau physiologique (salée à 8 pour 1000) ou d'eau de mer isotonisée (étendue de deux tiers d'eau pure). Pendant les rhumes, éviter par tous moyens que le mucus nasal ne souille la lèvre;

2° Ouvrir toutes les pustules existantes chaque matin et les cautériser avec une boulette d'ouate hydrophile humide de :

Alcool à 60°, boriqué à saturation..	200 grammes.

Le soir, si ce traitement est toléré, appliquer au pinceau une couche de :

Alcool à 60°.	50	grammes.
Soufre précipité	10	—
Eau distillée.	50	—

... après avoir agité la bouteille. Essayer la pommade soufrée si la lotion n'est pas tolérée.

L'épilation à la pince fait disparaître le sycosis, mais il reparaît avec la réapparition des poils. C'est pourtant le meilleur traitement des sycosis chroniques, mais il doit être continué un an et plus sans interruption.

Les rayons X, surtout dans le cas d'œdème inflammatoire dur, ont donné de bons résultats à la dose de 2 ou 3 unités H par séance et, après 4 à 5 séances, espacées de 15 jours chacune.

Aucun résultat n'est permanent tant que la rhinite se reproduit.

PELADE DE LA MOUSTACHE

La pelade de la moustache est rarement limitée à la moustache. Dans ce cas, la tache peladique affecte souvent, au milieu de la moustache gauche, la place exacte du bec-de-lièvre. Elle affecte les mœurs des pelades de la barbe, une extrême lenteur d'évolution, de très grands retards dans la guérison.

La plaque est plus souvent tout à fait nue que garnie de follets incolores. En ceci, elle se rapproche plus des pelades du cuir chevelu que de celles de la barbe (p. 171).

Sur les poils de bordure, il est souvent aisé d'observer de haut en bas du poil les phases régressives qui conduisent à son atrophie et à sa disparition, c'est-à-dire la diminution de son pigment et de son diamètre.

Souvent la plaque guérit d'un côté et s'étend par l'autre lentement. La guérison est annoncée par la réapparition de poils blancs rares, grêles, qui augmentent de nombre et reprennent leur pigmentation peu à peu. Communément, l'évolution d'une plaque peladique de la moustache dépasse une année. Quand une pelade de la moustache est un épiphénomène au cours d'une pelade du cuir chevelu et de la barbe, son pronostic est lié à celui de l'affection dont elle fait partie (p. 245).

L'étiologie de la pelade de la moustache est aussi grosse d'inconnues que celle de toutes les pelades. Récemment Jacquet en a présenté un cas qui lui paraissait lié à l'état névralgique dû à l'infection chronique d'une racine de canine cassée dans son alvéole. Il faudrait beaucoup de faits semblables pour établir une théorie qui s'impose.

Le traitement habituel de la plaque de pelade par les révulsifs a les très médiocres résultats qu'il offre dans les pelades de la barbe en général (p. 172), et la révulsion ne peut être maintenue vive sans défigurer le malade, ce qui fait que le traitement local de la pelade de la moustache est presque illusoire.

On peut conseiller des frictions quotidiennes avec :

Alcool à 60°.	50	grammes.
Acide acétique cristallisable.	1	—

ou bien :

Acide lactique.	6	grammes.
Alcool à 60°.	50	—

On peut dissimuler en partie l'irritation des traitements révulsifs, en grimant la tache glabre avec une couche de bouchon brûlé ou de fusain.

PIEDRA NOSTRAS

La *piedra nostras* est une affection que je n'ai observée qu'une seule fois à la moustache. C'est dire sa rareté. D'après les auteurs, elle serait plus rare à la moustache qu'aux aisselles et au pubis.



Fig. 58.— Poil de moustache atteint de Piedra nostras (Préparation de Sabouraud, photographie de Noiré).

Je décrirai le cas que j'ai vu.

Dans une moustache extrêmement drue, épaisse et dure, l'affection était exactement limitée au segment sous-narinaire des deux moustaches. En ce point, un poil sur deux ou trois semblait à l'œil nu avoir été trempé dans de la colle forte qui aurait séché sur lui. Cet enduit d'un brun noirâtre était extrêmement résistant. On arrachait le poil qui le portait, mais on ne l'arrachait pas du poil. Souvent ce poil cassait à un certain niveau comme dans la trichorrexie noueuse (p. 160) et son extrémité nouvelle partagée en pinceau montrait des contournements et une forme invraisemblable (fig. 58).

Il m'a paru qu'une condition physique favorisait le développement du parasite : les poils du nez se continuaient sans interruption avec le poil de la moustache de sorte que ceux-ci obstruaient presque absolument l'orifice narinaire. Il s'ensuivait que la moustache, sous la narine, était perpétuellement chaude et humide excessivement. Et j'ai dit que l'infection des poils s'arrêtait à l'aplomb des narines.

L'examen microscopique du parasite était aisément praticable par les techniques recommandées pour les parasites des teignes à 30 0/0, c'est-à-dire l'immersion et le chauffage dans une solution de potasse et l'examen sans coloration. La gangue dure du cheveu est constituée par le parasite exclusivement. Je ne saurais mieux comparer sa disposition qu'à celle d'une série de « têtes d'artichauts » juxtaposées,

que la potasse sépare, et qui sont un agglomérat de spores sur un mycélium très réfringent, disposé en bouquets.

L'étude approfondie du parasite reste à faire.

Sa culture est aisée sur tous milieux. Sur gélose glucosée, elle est ronde, blanchâtre, pelucheuse et prend en vieillissant une couleur brunâtre; l'inoculation n'en a pas encore été poursuivie.

Traitement. — L'épilation des poils malades n'a pas empêché leurs voisins de devenir malades à leur tour. Le rasage seul, longtemps répété, a débarrassé le malade définitivement, je le crois du moins. Après coup j'ai pensé que, dans un cas semblable, je prescrirais seulement l'épilation des poils narinaires et sous-narinaires de façon à maintenir sous la narine un espace ouvert et à changer les conditions de chaleur et d'humidité que le parasite semblait vouloir.

Toute la série des antiseptiques a été essayée par le malade, qui était médecin, et avec l'insuccès le plus absolu.

RÉGION DE LA BARBE

Les maladies dermatologiques de la barbe sont nombreuses devons-nous mettre dans leur exposition un certain ordre.

I. Avant tout, nous traiterons des maladies qui provoquent la disparition complète ou l'atrophie incomplète des poils ou leur blanchiment.	Pelade . . . . . . Vitiligo. . . . . .
II. En second lieu nous parlerons des maladies du poil lui-même, et d'abord d'une augmentation énorme du volume du poil qui constitue une maladie rare.	Hyperplasie du poil.
Et de la trichoptilose et de la trichorrexie noueuse qui existent à la barbe et à la moustache.	Trichoptilose. Trichorrexie noueuse.
Ensuite de la trichophytie dans les deux formes sèches qu'elle affecte : trichophytie simulant l'ichtyose pilaire. . . . .Et trichophytie de type identique à la trichophytie scolaire de l'enfant	Trichophyties sèches. . . . . . .
III. Nous passerons ensuite à l'étude des maladies du follicule avec les trichophyties du type sycosiforme, du type impétigoïde. . . .	Sycosis trichophytique. . . . . . .
...Et avec les trichophyties du type folliculitique.	Kerion Celsi. . . .
Les folliculites non trichophytiques nous occuperont ensuite : la folliculite sèche, rouge, la folliculite pustuleuse et le furoncle, enfin la folliculite phlegmoneuse ou kystique, formes morbides réunies communément sous le nom de sycosis non parasitaire. . .	Sycosis staphylococcique. . . . .
IV. Enfin et pour terminer nous traiterons des maladies de la barbe intéressant plus particulièrement la surface cutanée elle-même : d'abord des états pelliculaires, pityriasis simplex et stéatoïde.	Pityriasis . . . . .
Ensuite des eczémas de la région secs et suintants.	Eczéma sec. . . . . Eczéma suintant. .
...Et des lésions suintantes et croûteuses de l'impétigo vrai.	Impétigo. . . . . .

I. — ATROPHIES PILAIRES

PELADE DE LA BARBE

La pelade de la barbe peut exister soit seule, soit en concomitance avec une pelade du cuir chevelu, ou une pelade plus ou moins *généralisée*.

Pelade généralisée. — Cette dernière a les mœurs et le pronostic des *pelades graves*, elle s'accompagne d'un état lustré de la peau des joues, d'un amincissement du derme et de l'hypoderme avec flaccidité tégumentaire, « hypotonie » de Jacquet, d'une disparition totale du poil, à la barbe, à la moustache, aux sourcils, au cuir chevelu et sur le corps. Dans ces cas que nous étudierons plus loin (p. 245), le traitement local a peu d'importance, et le traitement général est rarement assez heureux pour donner des résultats décisifs et surtout rapides.

Ou bien ces cas, après des mois ou des années aboutissent à une demi-repousse de poils atrophiques, clairsemés, lanugineux; ou bien il n'y a que des repousses passagères successives, au cours d'une pelade de durée indéfinie; ou bien il n'y a pas de repousse du tout. Le visage à peau molle, prématurément ridée et flétrie, demeure tel sans modifications, dix, quinze ans et davantage. Les repousses totales, dans ces formes, sont des plus rares.

Pelades ordinaires. — Les pelades bénignes de la barbe présentent un type morbide beaucoup moins régulier que celles du cuir chevelu et bien spécial.

Il existe une forme à petites aires multiples, passagères, récidivantes, mais elle est rare. Les grandes aires de pelades d'évolution lente sont

la règle. Leur siège est indifférent et quelconque, leur forme irrégulière, à contours arrondis. En général, leur durée est proportionnelle à leur dimension, et à égalité de dimension, une pelade de la barbe est d'évolution deux ou trois fois plus lente qu'au cuir chevelu. Chose peu connue : beaucoup de pelades de la barbe ne s'accompagnent pas de disparition des poils, mais de diminution de leur diamètre et de leur pigment. Dans ces cas, la plaque frappée n'est jamais glabre. Le même poil demeure (atrophique), et reprendra à la longue sa couleur et son diamètre. Aussi, sur une barbe courte, prend-on souvent pour des poils en repousse des poils en voie d'atrophie. Le traitement local de la pelade de la barbe donne presque toujours des résultats moins valables que celui de pelades similaires du cuir chevelu. La moindre pelade de la barbe dure aisément 11, 18 mois. Les poils reprennent peu à peu leur diamètre, leur couleur, mais très lentement. Une plaque peut survenir quand une autre guérit.

L'étiologie de cette pelade, comme de toute autre, est inconnue, ou tout au moins, discutable. A mon avis, la théorie de l'origine dentaire est peu acceptable dans le plus grand nombre des cas et reste à prouver dans les autres. L'existence d'une syphilis ancienne est trop fréquemment observée pour résulter d'un hasard. Il faut y penser, ainsi qu'à la syphilis héréditaire, et la rechercher toutes les fois qu'on observe une pelade grave, récidivante, perpétuelle. Même dans ces cas, le traitement interne est d'effet douteux. Il demanderait à être essayé systématiquement.

Pour les traitements locaux et généraux de la pelade de la barbe, voir ceux de la pelade du cuir chevelu (p. 248).

La peau de la région étant plus irritable que le cuir chevelu, les doses de médicaments excitants doivent souvent être un peu abaissées. Exemple :

Acide acétique cristallisable.	1 gramme.
Liqueur d'Hoffmann.	50 grammes.

ou bien :

Acide lactique	8 grammes.
Alcool à 60°	50 —

en applications *quotidiennes* par friction légère.

Dans bien des cas, le traitement local ne modifie pas l'évolution de la maladie d'une façon appréciable.

VITILIGO

A la barbe, le vitiligo diffère surtout de la pelade par l'hyperpigmentation des lésions entourant celles où la peau est dépigmentée. Il y a des cas où le diagnostic différentiel est impossible, si tant est qu'on doive le faire et que les deux maladies n'aient pas entre elles des liens étroits de parenté.

Sur les points touchés, irréguliers, asymétriques, de forme et de dimension quelconques, de contours arrondis, les poils, qui peuvent être diminués de nombre, ont gardé leur diamètre et perdu leur pigment. Ils sont blanc d'argent. Au-dessous d'eux, la peau est apigmentée, d'un blanc laiteux, anormal, quelquefois amollie, flétrie, plissée, sénile. Autour des lésions, la peau a ses caractères normaux, sauf une hyperpigmentation brune. La lésion vitiligineuse dépasse ordinairement les régions pilaires sur les joues, les tempes, le cou, le cuir chevelu. Certains vitiligos ne s'accompagnent pas de la décoloration des poils.

On sait très peu de chose sur l'étiologie du vitiligo (p. 688), et sur son traitement moins encore. On sait l'inanité des applications topiques quelconques, ce qui ne doit pas décourager par avance les applications d'essai des techniques nouvelles : haute fréquence, radiothérapie, etc. On trouve souvent l'histoire d'une syphilis ancienne chez les vitiligineux.

II. — MALADIES DU POIL

HYPERPLASIE PILAIRE

J'appelle ainsi un processus morbide dans lequel le poil, principalement sur les joues, prend, sans cause connue, des formes et dimensions extraordinaires. Le poil est gros, bossu, contourné. Quelquefois, on dirait deux poils accolés de flanc, jumelés : les poils présentent ainsi toutes formes de section imaginables. Ils sont en outre, difformes, tordus comme des souches d'arbres. Cet état du poil ne s'accompagne d'aucune lésion de la peau, sauf d'une desquamation folliculaire en collerette, qui peut manquer. Aucune lésion folliculaire visible, que la dilatation orificielle nécessaire pour laisser sortir le

III. — MALADIES DES FOLLICULES

TRICHOPHYTIES A RÉACTION FOLLICULAIRE

Nous allons étudier maintenant les maladies de la barbe qui comportent des lésions folliculaires. Plusieurs trichophyties sont dans ce cas.

Trichophytie sycosique et impétigoïde. — Les symptômes de cette forme clinique sont assez différents suivant les cas. Tantôt les lésions se présentent comme des taches d'épidermite rose suintante, impétigoïde, au niveau desquelles les poils trichophytiques sont dispersés parmi les poils sains. Tantôt les lésions sont des folliculites, non agglomérées, mais dispersées, ressemblant à celles de l'acné indurée ou pustuleuse. Tantôt enfin elles font saillie sur la peau sous la forme demi-fongueuse qualifiée par la dermatologie d'autrefois du nom de sycosis (σύκη) (figue ouverte).

Les poils malades, cassants, sont rares, dispersés, saillants de 1 à 2 millimètres, émergeant d'une collerette épidermique souvent adhérente à eux et grisâtre. Le parasite, à mycélium plus résistant que les précédentes espèces, est formé de files de grosses spores, *endo-ectothrix*. La culture est poudreuse, jaunâtre, très analogue à celle du trichophyton (*T. cratériforme*) de la tondante scolaire de l'enfant; (on a voulu les identifier, mais cette question n'est pas tranchée) (*Trichophyton flavum*); mêmes traitements que les deux espèces précédentes. Plus la réaction inflammatoire est prononcée, plus le pronostic est bénin.



Fig. 59. — Trichophytie d'origine équine. — Kérion de Celse. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1735.)

Trichophytie dite Kérion Celsi. — Un, deux ou trois macarons rouges, saillants sur la peau, d'une orbicularité plus ou moins parfaite, criblés de pustules à tous les stades et de croûtes résultant de leur effraction. L'expression fait sourdre du pus de tous les orifices pilaires. Symptômes objectifs très analogues à ceux de l'anthrax

Forme identique à la trichophytie scolaire de l'enfant. — Quel-es lésions rares de surface : furfurations, ébauches de 1/4 ou 1/3 de circinations roses desquamantes. Ces lésions peuvent anquer.

Les lésions des poils, très minimes, sont pourtant visibles à l'œil et ractéristiques. Par groupes, ou isolément, on voit des poils noirs, us gros que les poils normaux, mous et incurvés dans l'épiderme rné, en tire-bouchon, en sigmas, en comas, en boucle de point interrogation. Avec une aiguille on soulève et on casse ces tronçons ous, remplis par les spores d'un trichophyton à mycélium ordi-airement fragile, à culture violette (*Trichophyton violaceum*, espèce origine animale probable mais indéterminée). Les deux joues sont rises, souvent l'une plus que l'autre, en vingt ou en deux cents oints, comprenant chacun 2 à 6 poils malades. L'évolution de cette richophytie est toujours chronique, 2 à 5 ans et davantage. Le aitement par les rasages suivis d'applications de teinture d'iode diluée u 1/5 donne des résultats médiocres (guérison en 10 à 18 mois). n peut traiter cette espèce par les rayons X à demi-dose tous les uit jours : au total trois applications d'une demi-teinte B du radio-ètre X. Attendre et recommencer sur les points incomplètement dépilés.

Trichophytie sèche à forme d'ichtyose pilaire. — Peu de lésions e surface, quelquefois lésions semblables à celles de l'espèce précé-nte avec des cercles de plus grand diamètre. Les poils malades de la rbe sont cassés très peu au-dessus de la peau. Ils sont ordinairement s nombreux et laissent entre eux peu de poils normaux. Autour de aque poil cassé existe une saillie folliculaire en forme de cône, sec, 1 à 2 millimètres de saillie, cratériforme quand le poil est cassé ofondément, ou surmonté du poil cassé à un millimètre au-dessus lui. Le poil est gros, blanc, crayeux, comme le cône folliculaire où il émerge. Il est cassant à l'épilation. Examiné au microscope il t rempli de grosses spores rondes, en files, facilement déhiscentes entouré d'un réseau, extérieur au poil, de mycéliums fins, flexueux septés régulièrement. Culture en boule blanche duveteuse, présen-nt à sa face dorsale un large point noir d'ivoire. A la longue la lture s'aplatit et sa surface duveteuse prend une couleur rose fleur pêcher (*Trichophyton rosaceum*, origine aviaire probable dans un s grand nombre de cas, expérimentalement démontrée dans plu-urs). Traitement identique à celui de l'espèce précédente.

III. — MALADIES DES FOLLICULES

TRICHOPHYTIES A RÉACTION FOLLICULAIRE

Nous allons étudier maintenant les maladies de la barbe qui comportent des lésions folliculaires. Plusieurs trichophyties sont dans ce cas.

Trichophytie sycosique et impétigoïde. — Les symptômes de cette forme clinique sont assez différents suivant les cas. Tantôt les lésions se présentent comme des taches d'épidermite rose suintante, impétigoïde, au niveau desquelles les poils trichophytiques sont dispersés parmi les poils sains. Tantôt les lésions sont des folliculites, non agglomérées, mais dispersées, ressemblant à celles de l'acné indurée ou pustuleuse. Tantôt enfin elles font saillie sur la peau sous la forme demi-fongueuse qualifiée par la dermatologie d'autrefois du nom de sycosis (σύκη) (figue ouverte).

Les poils malades, cassants, sont rares, dispersés, saillants de 1 à 2 millimètres, émergeant d'une collerette épidermique souvent adhérente à eux et grisâtre. Le parasite, à mycélium plus résistant que les précédentes espèces, est formé de files de grosses spores, *endo-ectothrix*. La culture est poudreuse, jaunâtre, très analogue à celle du trichophyton (*T. cratériforme*) de la tondante scolaire de l'enfant; (on a voulu les identifier, mais cette question n'est pas tranchée) (*Trichophyton flavum*) : mêmes traitements que les deux espèces précédentes. Plus la réaction inflammatoire est prononcée, plus le pronostic est bénin.



Fig. 59. — Trichophytie d'origine équine. — Kérion de Celse. (Malade de E. Besnier, Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1735.)

Trichophytie dite Kérion Celsi. — Un, deux ou trois macarons rouges, saillants sur la peau, d'une orbicularité plus ou moins parfaite, criblés de pustules à tous les stades et de croûtes résultant de leur effraction. L'expression fait sourdre du pus de tous les orifices pilaires. Symptômes objectifs très analogues à ceux de l'anthrax

perficiel, mais symptômes fonctionnels (particulièrement la dou-
ur) beaucoup moins accusés.

L'épilation de la surface est indolore. Tous les poils sont détachés ontanément. Ils viennent entiers. La plupart ne sont pas tricho-
ıytiques, sauf les petits poils llets du pourtour de la lésion. orsque la lésion est détergée le est criblée de trous comme ne écumoire. L'examen micro-copique doit porter sur le pus nycéliums sporulés), plutôt ue sur les follets malades tou-urs difficiles à trouver (para-te endo-*ectothrix* fait de spores lativement fines, en chaines). même la culture est toujours cile, et pure quand on ense-nce une pustule encore fermée *richophyton gypseum, pyo-ne*). Ce trichophyton est d'ori-ne équine expérimentalement montrée; la profession du ma-le : palefrenier, cocher, vétéri-ire, équarrisseur, bourrelier, lique souvent mais non tou-urs l'origine équine du germe.



Fig. 60. — Trichophytie en forme de folliculites agminées.— *Kerion Celsi*. (Malade de Quinquaud. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1679.)

Le Kerion Celsi peut exister rs de la barbe, au cou, à la nuque, aux poignets et même au cuir evelu chez l'enfant ou *chez l'adulte*.

Traitement : détersion soigneuse, ablation des croûtes et des poils rts, badigeonnages sans violence avec teinture d'iode diluée au 1/10 ıs de l'alcool à 60°. Et pansements humides bien faits à l'eau uillie. Guérison rapide, pourvu que l'on ne fasse pas d'applications dicamenteuses violentes et intempestives.

Trichophyties rares. — On peut observer d'autres mycoses du me groupe, dans la même région, avec des caractères quelque peu férents, variant de lésions épidermiques : grands ou petits cercles, ico-pustuleux ou squameux, plus ou moins inflammatoires, etc.

Bodin a observé à la barbe un *Microsporum Audouïni* d'origine équine; les lésions dans la barbe gardaient exactement la forme de la *Microsporie* du cuir chevelu de l'enfant (p. 210).

SYCOSIS STAPHYLOCOCCIQUE

Cette maladie est homologue, à la barbe, chez l'adulte, à l'impétigo de Bockhart chez l'enfant (p. 204). C'est une folliculite pustuleuse en placards, dont l'évolution est chronique, paroxystique et qui est même récidivante après guérison. Le microbe est toujours le staphylocoque doré; nous ne savons rien des causes qui favorisent son implantation et sa multiplication et déterminent ainsi le sycosis. Sur une joue, un placard pustuleux, fait de pustules orificielles folliculaires, naît et grandit par adjonction de pustules nouvelles. Le placard est irrégulier, les symptômes fonctionnels très accusés, douleur, cuisson et chaleur vives, etc. Les pustules créent une zone d'œdème inflammatoire qui se fusionne avec celle des pustules voisines. Sur cette nappe rouge, qui demeure parce que les follicules une fois pris restent infectés, de nouvelles pustules se forment incessamment. Quelquefois de nouvelles lésions semblables surgissent à distance dont l'évolution est pareille. Et voilà constituée *in situ* une dermite chronique qui durera des mois et des années. Dans certains cas, à l'élément pustuleux microbien s'adjoint l'élément eczémateux, vésicules intercalaires, à croûtelle ambrée, très prurigineuses et un peu suintantes. On a supposé, sous cette lésion, tous les états diathésiques que l'on nomme sans savoir les définir : lymphatisme, arthritisme, etc. On ne sait rien de ses causes lointaines, si elle en a.



Fig. 61. — Sycosis non parasitaire. — Folliculites non trichophytiques. (Malade de Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 985.)

Les traitements sont empiriques, variables, d'un cas à l'autre, difficiles à résumer et à classer d'après leurs indications. Lorsque les symptômes inflammatoires sont intenses, les décongestifs locaux sont

liqués : cataplasmes de fécule faits à chaud et posés froids, panments humides à l'eau bouillie, à la liqueur de Van Swieten. L'épition de chaque poil malade est de résultats certains, mais proviires, la lésion renaissant avec l'issue d'un nouveau poil. A la longue pendant elle donne des résultats excellents dans les cas chroniques belles. Les applications antiseptiques, astringentes, substitutives : cool boriqué à saturation, eau d'Alibour, nitrate d'argent au 1/15 nt généralement mal tolérées, les applications soufrées encore oins, sauf dans les cas chroniques depuis longtemps.

Les applications de rayons X à une demi-dose (une demi-teinte B radiomètre X) répétées tous les huit jours, pendant un mois ou un ois et demi, ont des résultats excellents souvent, et non pas seuleent par l'alopécie locale qu'elles déterminent.

Folliculite sèche, rouge, de la barbe. — Ce processus n'est pas ès fréquent, il est très chronique et d'un traitement difficile, quasi usoire. Le processus est tel : Sur les joues, devant les oreilles se rment peu à peu une série de points rouges, folliculaires, disséminés. la longue les poils de la région diminuent de nombre par sclérose lliculaire et cicatrice presque invisible. Rien autre. Cette lésion rapproche par ses symptômes des scléroses post-séborrhéiques s follicules pilaires au cuir chevelu (p. 264), de la pseudo-pelade Brocq (p. 249) et des acnés décalvantes (p. 186), dont ces prossus semblent être la forme sèche.

Furoncle. — Rarement le furoncle évolue dans son type normal à la rbe, avec son séquestre conjonctif bourbilleux et ses symptômes flammatoires violents. Ordinairement il est remplacé par la pustule lliculaire plus ou moins profonde, d'évolution froide, quasi-acnéique. Épilation, ou cautérisation à la pointe galvanique, évacuation. lcool boriqué à saturation. Veiller aux réinoculations de voisinage ur les faire avorter par les mêmes moyens préventifs.

Acné phlegmoneuse kystique de la région maxillaire ou sousaxillaire.

Des pustules du genre de celle que je viens de décrire se multiplient uelquefois dans la région sous-maxillaire chez l'adolescent au cours une acné polymorphe plus ou moins généralisée. Elles donnent lieu des abcès demi-froids, cloisonnés, kystiques, très disgracieux, très naces, très récidivants, accompagnant souvent de mêmes lésions de nuque (p. 189).

Elles sont à traiter de même que la pustule initiale dont elles dérivent, et comme les sycosis phlegmoneux de la nuque dont elles sont les homologues. Je mentionne les excellents résultats que donne avec le galvano-cautère la cautérisation aux deux crayons : de nitrate d'argent et de zinc métallique, maniés largement et sans crainte dans les clapiers et diverticules de ces abcès d'une déplorable ténacité.

Les eaux minérales sulfureuses *intus* (?) et *extra* sont recommandables dans toutes les formes d'acné, particulièrement dans celle-ci.

IV. — MALADIES DE LA SURFACE CUTANÉE

PITYRIASIS SIMPLEX

Le **pityriasis simplex** s'observe dans la barbe de beaucoup d'hommes qui l'ignorent tant les squames en sont fines. Cette affection, localisée principalement à la région sous-mentonnière, ne se trahit au patient que par des démangeaisons légères, que l'absence de toilette, une indigestion, ou une nuit sans sommeil, exagèrent, et par la chute, par friction, d'une poudre pelliculaire fine, visible sur un papier noir.

Pas de traitements intensifs car ils n'ont pas de résultats durables, de l'hygiène locale simplement : friction quotidienne ou bi-quotidienne avec un alcool faible additionné d'une minime quantité de teinture d'iode :

Eau de Cologne	100 grammes.
Teinture d'iode	50 centigrammes.

ou de coaltar saponiné, 15 grammes pour 100.

Le pityriasis stéatoïde à squames plus grosses, plus épaisses, plus grasses, un peu jaunâtres, naissant sur une peau plus rose que la normale, est moins fréquent que le précédent, mais plus remarqué, parce qu'il s'impose plus à l'attention. Il est plus prurigineux et plus sale, les écailles cornées tombant incessamment sur les habits. En outre, dès qu'il est un peu marqué à la barbe, il s'accompagne de lésions semblables du cuir chevelu (p. 231), de la moustache (p. 162) et de la poitrine (p. 557).

C'est un pityriasis vrai, au sens bactériologique, c'est-à-dire une épidermite desquamative liée à la présence de la spore de Malassez (*Pityrosporum Malassezii*, bacille-bouteille de Unna).

Le traitement de cette affection est variable, suivant l'intensité du

rocessus. Les cas bénins sont à traiter comme le *pityriasis simplex*, es cas plus sérieux demandent des applications goudronnées plus fortes, en liquides :

Acétone anhydre		200 grammes.
Huile de cade	10 à	20 —

ou en pommades :

Huile de cade	5 grammes.
Lanoline	50 —

qu'on savonne chaque matin au savon de goudron avec une éponge en caoutchouc.

Les cas vraiment intenses demandent des applications plus fortes encore.

Huile de cade	10 grammes.
Lanoline	20 —
Bioxyde jaune Hg	ãã 1 gramme.
Huile de bouleau	
Ichtyol	
Résorcine	

toujours très bien tolérées dans ces cas. Le pityriasis disparu, le patient continuera les frictions alcooliques goudronnées faibles quotidiennement pour empêcher les récidives (voir une formule, p. 165).

ECZÉMA SEC, SQUAMEUX GRAS, NUMMULAIRE

Quand on laisse évoluer les cas précédents, ils aboutissent fréquemment à des poussées de lésions squameuses, grasses au toucher, presque exsudatives et qui, dépassant alors les régions pilaires dont elles procèdent, débordent plus ou moins sur la peau glabre. Ces lésions ordinairement rondes, nummulaires, peuvent même se généraliser à tout le corps, d'une façon plus ou moins complète et régulière, en gardant une préférence pour les régions pilaires.

Il faut comprendre ces lésions comme l'eczématisation (amicrobienne) d'un pityriasis (microbien). Toutefois il y a une chaîne clinique entre ces cas et le psoriasis, et souvent l'on confond cliniquement dans ce groupe (appelé récemment encore eczéma séborrhéique de Unna), les psoriasis vrais, reconnaissables histologiquement à la structure tout à fait particulière et spécifique de la squame-croûte psoriasique. Le traitement reste celui du pityriasis stéatoïde. On commencera par des préparations douces:

Oxyde de zinc.	7	grammes.
Huile de cade.	5	—
Lanoline.	25	—

pour arriver aux préparations actives du type de la dernière pommade indiquée, qui réduisent toujours ces lésions très vite dès qu'elles sont tolérées par la peau malade.

ECZÉMA SUINTANT

L'eczéma suintant est rare dans la région de la barbe en dehors de l'eczéma artificiel qui a été étudié ailleurs. Ce qu'on prend pour lui est généralement de l'impétigo méconnu.

Lorsque l'eczéma impétigoïde des jeunes gens s'observe au visage (p. 15), il est rare que la barbe existe déjà. Et l'eczéma ne prend même alors aucun caractère spécial. Sa localisation aux joues est aux pommettes plutôt qu'aux régions maxillaires.

IMPÉTIGO

L'impétigo de la barbe n'est pas très rare chez les adolescents de



FIG. 62. — Impétigo contagieux de la barbe. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

peau et poils blonds, il se présente sous forme de croûtes disséminées de contours arrondis, plus minces et papyracées que chez l'enfant. Sous cette croûte friable, craquelée, la peau montre une tache rose privée de son épiderme corné, exhalant une goutte de sérum limpide

diagnostic, le pronostic et le traitement de cette localisation de
étigo ne présentent rien de particulier (p. 8).

SYPHILIS SECONDAIRE

ns la région de la barbe, l'homme, au cours de la période
ndaire d'une syphilis, présente
ent des lésions (dites plaques
ueuses cutanées) qui sont des
ilides papuleuses exulcérées,
teuses et peuvent en imposer
un *impétigo* de la barbe.
est la même croûte jaune mais
s rocheuse, plus plate et plus
lière. On la soulève, elle mon-
au-dessous d'elle une papule
ante tout à fait ronde et exul-
en surface mais *non suintante*.
ces caractères permettent d'éli-
r l'impétigo. De plus le visage
nte en d'autres points des pa-
rouges non exulcérées, et sur
rps pareillement, ce qui avec les
némoratifs spéciaux juge la
tion. Il n'y a pas de traitement
al de ces syphilides, le traitement interne est celui de la syphilis
ndaire.



Fig. 65. — Syphilides papuleuses végétantes. (Malade de Guibout. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 907.)

LUPUS

lupus érythémateux de la barbe est une localisation accidentelle
pus érythémateux du visage (p. 19). Il en présente tous les carac-
ordinaires et entraine la destruction de la barbe sur sa surface.

lupus tuberculeux de même, il a souvent pour siège la région
mentonnière. Il y garde les caractères habituels de sa période
ière et s'y montre rarement fongueux et ulcéreux (p. 21).

NUQUE

La nuque présente avec prédilection quatre types morbides principaux :

C'est d'abord le siège par excellence des lésions et des **impétigos pédiculaires**	**Impétigos pédiculaires** . . . . . p. 184.
C'est une région qui présente de fréquentes éruptions pustuleuses d'évolution froide : **acné pustuleuse, sycosique, kéloïdienne**	**Acné pustuleuse** . . p. 186.
... ou d'évolution chaude : **furonculose, abcès périfuronculeux, anthrax**	**Furoncles** . . . . . p. 188.
C'est encore une région où s'observent fréquemment divers types de trichophytie d'origine animale	**Trichophyties** . . . p. 190.
Enfin c'est une région où l'on voit souvent naître et durer les **placards infiltrés,** ***prurigineux*****, chroniques,** *autrefois désignés sous le nom de lichens circonscrits*	**Placards d'eczématisation lichénisée.** p. 191.

C'est à ces divers types morbides que sera consacré le présent chapitre.

PÉDICULOSE ET IMPÉTIGOS PÉDICULAIRES

La pédiculose et les lésions d'irritation qu'elle détermine sont de tout âge et de tout sexe, mais s'observent au maximum dans l'adolescence, chez la femme. Les cheveux longs favorisent la pullulation des parasites, surtout quand la jeune fille porte un chignon bas, ou des nattes. Ces conditions localisent le maximum des lésions pédiculaires dans la fosse sous-occipitale.

On soulève les cheveux, on découvre la région : elle est d'une laideur inattendue et repoussante. Ce qu'on voit d'abord, c'est un magma de croûtes morcelées, adhérentes aux cheveux, adhérentes entre elles et qui ressemblent à du sucre fondu et figé, à du cara-

mel. En écartant les cheveux, les croûtes se morcellent, chaque cheveu en emporte une parcelle (*impetigo granulata* d'Alibert). Parmi les croûtes et sur la peau suintante, on voit remuer les poux entre les cheveux. En regardant plus attentivement, on voit, tout le long des cheveux, à leur base, les œufs innombrables des poux collés aux cheveux ; ils sont gros comme des têtes d'épingle, gris et brillants (fig. 70).

En examinant le cuir chevelu au voisinage de la nuque, plus on s'éloigne de ce point, plus les lésions impétigineuses décroissent de nombre. Alors on peut les observer distinctes et voir qu'elles appartiennent aux deux types d'impétigo : impétigo phlycténulaire ou gourme vraie (p. 8), et folliculite pustuleuse orificielle ou impétigo de Bockhart (p. 204). Ces lésions s'accompagnent naturellement d'adénites douloureuses des ganglions sous-occipitaux. Le nombre des poux et des lentes décroît aussi à mesure qu'on s'éloigne de la nuque. Le pou de la région de la nuque est le pou de tête (p. 201).

La thérapeutique de la pédiculose à la nuque ne diffère point de celle de la pédiculose au cuir chevelu. Elle peut présenter pourtant quelques indications particulières :

1° L'abondance des croûtes en ces points, pour aller vite, peut conduire à couper les cheveux sur un espace ovale de quelques centimètres de diamètre. Mais, en fait, aucune maladie du cuir chevelu *n'oblige* absolument à une telle mesure ;

2° On peut appliquer localement une abondante quantité de vaseline. Le lendemain, les croûtes ramollies s'enlèvent au peigne avec les cadavres de parasites. On complète peu à peu les premiers résultats avec un peigne fin ;

3° Lorsqu'on est à fleur de peau, quelques lotions d'eau d'Alibour

Eau distillée	300 grammes.
Sulfate de zinc	2 —
— de cuivre	1 gramme.

ont vite fait de cicatriser l'épiderme, ou bien quelques onctions de pommade à l'oxyde de zinc ;

4° Il ne reste plus qu'à détruire les lentes. Pour cela les cheveux étant bien dégraissés, il suffit d'imbiber la chevelure de vinaigre chaud pendant quelques heures, pour que les lentes à demi dissoutes se détachent des cheveux, le long desquels on les fait glisser au peigne fin. Tout doit être terminé en moins de huit jours dans les cas les plus difficiles.

ACNÉ PUSTULEUSE, SYCOSIQUE, CICATRICIELLE, CHÉLOÏDIEN

La séborrhée, l'acné et ses conséquences revêtent dans la ré
la nuque une physionomie particulière :

1° Dès l'apparition de la séborrhée au centre du visage, l'i
séborrhéique de la nuque s'accomplit. Elle ne se traduit lon

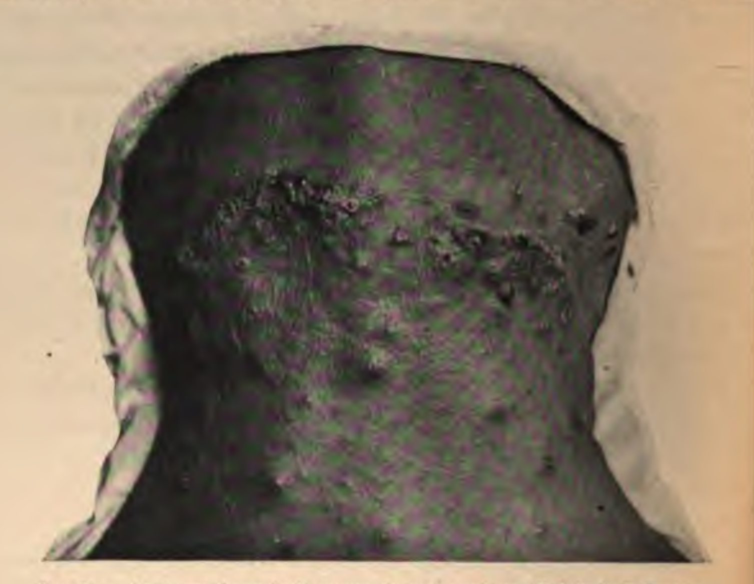


Fig. 64. — Acné pustuleuse de la nuque, forme sycosique. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1144.)

que par des *points noirs folliculaires* qui ne sont pas des comédons
Quand on vide les follicules à la pince, on voit qu'ils contiennent dix
vingt poils follets agglutinés dans une gangue noire qui est micr
bacillaire (p. 14) ;

2° C'est après ce premier stade, vers dix-sept à vingt-cinq ans, q
survient, sur les gens dont le cou est gros avec des plis accusés, l'*ac*
pustuleuse disséminée qui, suivant l'intensité moindre ou pl
grande des phénomènes inflammatoires, garde les caractères de l'ac
pustuleuse banale ou revêt de plus en plus ceux d'une furonculo
locale récidivante ;

3° Même avec des phénomènes fonctionnels peu accentués, l'ac
pustuleuse, quand ses éléments deviennent nombreux et cohéren
constitue un *sycosis de la nuque*, rappelant par tous ses caractè

jectifs et évolutifs, y compris sa chronicité, le sycosis de la barbe . 178).

Alors toute la nuque, ou toute une zone horizontale de la nuque, t criblée de pustulettes folliculaires reposant sur un coussin œdème inflammatoire diffus. Cette affection de marche lente, coupée poussées aiguës, est des plus laides et des plus pénibles;

4° Souvent le sycosis de la nuque se produit suivant une bande



Fig. 65. — Acné pustuleuse dite chéloïdienne, forme : acné décalvante. (Malade de Danlos. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1979.)

rizontale étroite, et tandis que cette bande guérit en bas par cicace, elle se développe en haut par de nouvelles pustules cohérentes g. 64).

Souvent, au stade d'état, ce sycosis spécial s'accompagne d'une nde *chéloïdienne*, horizontale, comme la ligne de pustules dont elle bordée. Cette chéloïde, en grande partie faite de tissu inflammare, plus que de tissu scléreux, fait une saillie plus ou moins forme. Au-dessus et au-dessous d'elle, les poils de la région sortent r bouquets;

5° Enfin cette acné chéloïdienne de la nuque, dans des cas plus rares, prolonge à travers le cuir chevelu et va créer lentement sur son ment occipital une plaque scléreuse, alopécique, bordée d'une loïde circonférentielle, criblée de pustules récidivantes (fig. 65).

Et cette lésion se rattache à la lésion de la nuque dont elle n'est qu'un développement anormal.

Ces dernières lésions sycosiques, pustuleuses, chéloïdiennes,



Fig. 66. — Acné pustuleuse, sycosique, forme chéloïdienne. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 2059.)

durent des années et s'amoindrissent lentement. Je n'ai jamais vu les chéloïdes persister après la disparition des pustules. Elles doivent donc s'atténuer peu à peu.

Le traitement de toutes ces lésions se résume en trois formules : Éviter les traumatismes, traiter les lésions récentes et actives par le soufre, et les lésions chroniques par l'épilation.

1° Ces lésions sont souvent entretenues par le frottement des cols empesés ou des habits rugueux. Ce sont des causes qu'il faut supprimer ;

2° Le meilleur topique local est la lotion soufrée de Vidal :

Soufre précipité.	ãã 10 grammes.
Alcool à 90°.	
Eau distillée	ãã 50 —
Eau de rose.	

Agiter.

pliquée le soir au pinceau. Si la peau du sujet est délicate, entourer région d'un large liséré de pâte de zinc pour éviter la dissémination la poussière de soufre au voisinage ;

5° Lorsqu'il y a des folliculites conglomérées (sycosis), et à plus te raison de l'acné chéloïdienne, l'épilation totale, minutieuse, pluurs fois répétée, est nécessaire. On doit la pratiquer comme pour le vus (p. 224). Les topiques resteront ceux que je viens d'indiquer.

Si les chéloïdes persistent, on les traitera par les scarifications néaires quadrillées. Ce traitement est rarement nécessaire ici.

Le traitement général, comme en nombre d'affections cutanées, se asera sur l'examen total du sujet. On ne peut donner de ligne de nduite précise. Le malade est ordinairement un obèse et sa peau se ngestionne facilement. Dans ce cas, on diminuera la suralimentaon, on favorisera les évacuations intestinales et la diurèse, on fera régime plus végétarien et moins carnivore. Mais ces indications ne retrouvent pas dans tous les cas.

URONCULOSE — ABCÈS PÉRIFURONCULEUX — PHLEGMONS — ANTHRAX

La **furonculose** de la nuque est liée à l'acné de la même région par es liens étroits. Elle survient dans les mêmes conditions locales et énérales, et ne s'en distingue que par l'intensité plus grande des mptômes fonctionnels, et l'évolution bourbilleuse des lésions qui nt d'abord pustuleuses, comme dans l'acné. Le plus souvent, après furoncle, survient un abcès périfuronculeux. Quand ces lésions nt d'emblée multiples, on peut voir évoluer sur place un phlegmon cou à vingt-cinq pertuis, c'est l'un des types de l'anthrax de la que. Le plus souvent, il n'y a qu'une ou deux lésions, distantes, oluant ensemble ; mais quand celles-ci s'atténuent et vont disparre, d'autres naissent ; ainsi de suite pendant des mois. Quelquefois furonculose de la nuque n'est qu'un épiphénomène au cours d'une onculose généralisée. Le cas est plus rare.

L'anthrax, à la nuque comme ailleurs, n'est qu'un furoncle mul le d'emblée, à développement excentrique. La nuque est son siège prédilection, et la furonculose locale que nous venons de décrire une condition presque nécessaire de sa naissance. Bien traité dès n début, il est le plus souvent enrayé sans trop de peine ; plus tard,

son traitement ressortit au chirurgien et échappe au cadre de cet ouvrage. Le traitement général de la furonculose de la nuque reste celui de la furonculose en général et s'inspire des conditions où se trouve le patient : hypophosphatie, ou phosphaturie, diabète, amaigrissement, obésité, etc.

Le traitement de la furonculose reste celui de l'acné. Rien n'arrête la furonculose de la nuque comme les applications de lotion soufrée. On peut y ajouter l'épilation du poil centrant la lésion. Et quand l'inflammation locale et la douleur sont très vives, on peut superposer à l'application soufrée un cataplasme de fécule de pomme de terre fait à chaud et posé froid, arrosé d'alcool camphré.

Enfin, le traitement chirurgical de cette affection prend une très grosse importance dès que les lésions deviennent nombreuses ou les symptômes douloureux accusés. Ouvrir profondément chaque furoncle ou abcès avec la pointe du galvano-cautère, et surveiller l'apparition de chaque pustule nouvelle pour la détruire de même, telle est encore la meilleure pratique. A plus forte raison doit-on y recourir quand les abcès périfuronculeux surviennent, ou quand les furoncles s'agglomèrent et prennent une évolution anthracoïde. Dans ce cas, le galvano-cautère bien manié, et promptement, rend d'inappréciables services. Quand il y a eu nécrose et plaie de cicatrisation lente, on se servira utilement de la pommade suivante utilisable dans toutes les ulcérations atones.

Sous-carbonate de fer.	1 gramme.
Vaseline	40 grammes.

TRICHOPHYTIE

La nuque est l'une des régions préférées des trichophytons animaux (p. 174 et suiv.). Quelquefois l'homme charge sur son cou une bête morte ou malade, inoculation directe ; d'autres fois c'est le traumatisme du vêtement qui est la condition accessoire d'une inoculation indirecte. Les trichophyties animales se reconnaissent à leur anomalie de forme ou d'évolution. En cette région on en observe ordinairement de trois formes.

La plus fréquente semble le *kérion de Celse* (p. 176), qui garde ici les caractères que nous lui avons décrits à la barbe. C'est un macaron plat, rouge, suppurant (origine équine).

D'autres fois, c'est une trichophytie squameuse, rose à bord rouge, serpigineuse, d'évolution bénigne, de placards très multiples, et qui semble originaire du veau et de la chèvre (fig. 67).

D'autres fois enfin, c'est une trichophytie poly-micro-circinée de



FIG. 67. — Trichophytie cutanée d'origine animale (chèvre). (Malade de Du Castel. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1893.)

grand développement, en bandes, en collier. Les lésions très chroniques : 3, 5, 10 ans, semblent provenir du chien et sont caractérisées par un mince liséré rouge ponctué de vésico-pustules que le grattage excorie.

Ces deux dernières espèces morbides se guérissent en quelques jours par des applications de teinture d'iode au 1/3 ou au 1/4 dans de l'alcool à 60°. J'ai indiqué le traitement du kérion en traitant des trichophyties de la barbe et du cuir chevelu (p. 177 et 217).

PLACARDS CHRONIQUES D'ECZÉMATISATION LICHÉNISÉE

Ils peuvent s'observer chez les jeunes gens, comme suite locale d'un eczéma impétigineux avec hypoacidité urinaire et albumine

(p. 15), mais plus souvent chez l'adulte ou dans l'âge mûr chez des nerveux :

Une petite lésion médiane, ou latérale, ou bilatérale, rose, à peine humide, très prurigineuse, non croûteuse, à peine squameuse, naît et grandit lentement, jusqu'à atteindre 5 à 8 centimètres de grand diamètre.

Elle résiste aux traitements, s'étend, l'hypoderme sous elle s'épaissit, sa surface rugueuse quadrillée de sillons presque réguliers prend un aspect brillant et parqueté, caractéristique du syndrome clinique nommé lichénisation ou lichénification (p. 616). Le prurit reste intense, par crises revenant surtout le soir.

Cette dermite, très rarement exsudative, très chronique, est le *lichen circumscriptus* des anciens auteurs français. Elle peut s'observer en un seul siège, ou être une localisation particulière d'un prurigo lichénifié de divers sièges (p. 618).

Le traitement général doit s'inspirer de l'examen attentif du malade, il ne peut être formulé le même en tous cas. Le traitement local est médiocrement heureux. Cependant dans les cas bénins les pommades anti-prurigineuses

Glycéré d'amidon neutre.	40 grammes.
Résorcine.	ãã 40 centigrammes.
Acide tartrique	
Menthol	

et dans les cas sérieux les pommades réductrices fortes donnent des résultats appréciables.

Huile de cade.	10 grammes.
Lanoline.	20 —
Bioxyde jaune Hg.	ãã 1 gramme.
Résorcine	
Ichtyol	

Mais il faut en doser la formule pour chaque cas et par tâtonnements.

Le traitement électrique (haute fréquence), basée sur l'hypothèse qui fait de cette lésion une névrodermite, ne paraît pas donner de résultats constants valables.

On pourrait employer les rayons X à petites doses : 2-3 unités H de Holsknecht ou une demi-teinte B du radiomètre X (p. 219) pour tenter de dissoudre l'œdème dur chronique sous-jacent à la lésion.

CUIR CHEVELU

Le cuir chevelu est une région des plus importantes, tant par lendue de sa surface que par la variété des affections dermatolo- ques dont il peut devenir le siège. Suivant le plan de ce livre, nous iserons donc ce trop gros chapitre en trois plus petits, dont le pre- er comprendra les maladies du cuir chevelu de l'enfance, le second maladies du cuir chevelu de l'adulte, le troisième les maladies du ir chevelu du vieillard.

Il va de soi que cette classification, comme toutes, a quelque chose rtificiel et que telles affections dermatologiques qui sont de tout pourraient se trouver à droits égaux dans les trois chapitres.

Si le lecteur ne trouve pas dans l'un ce qu'il cherche, il devra le ercher dans les deux autres. Mon excuse est dans ce fait que la ure ne se plie pas à nos besoins d'ordre et de classement.

CUIR CHEVELU DE L'ENFANT

Dès ses premiers mois, le cuir chevelu de nfant peut présenter cet enduit concret idermique et gras dénommé **chapeau ou otte**	**Calotte du nourrisson. . . . . p. 195.**
... et une alopécie de la région occipitale rticulière aux enfants du tout premier e	**Alopécie occipitale du nourrisson . . p. 196.**
Dès le premier âge aussi, existent les vi vasculaires et les nævi verruqueux, lformations que l'individu gardera sa durant.	**Nævi . . . . p. 196.**
A ces nævi se rattache une tache alopé- ue congénitale temporale dont l'exis- ce n'est souvent remarquée que plus d.	**Taches alopéciques congénitales. . . p. 197.**
Le développement insuffisant ou excessif la chevelure chez l'enfant prête à quel- s considérations utiles à connaître. . . .	**Atrichie et hypertrichose. . . . . p. 198.**

Parmi les dystrophies pilaires nous devrons parler aussi de celle qui fait les cheveux moniliformes.	**Monilithrix . . . . p.**
... et de l'ichtyose du cuir chevelu toujours coexistante à une ichtyose plus manifeste du corps.	**Ichtyose. . . . . . p.**
Il sera nécessaire aussi de dire quelques mots de ce singulier tic de l'enfant qui s'épile incessamment par un geste automatique	**Trichotillomanie. . p.**
Il existe une dermite chronique, écailleuse, sèche et limitée qu'Alibert puis Devergie avaient nommée teigne amiantacée*; nous nous en occuperons ensuite. . . . . .*	**Fausse teigne. amiantacée . . . p.**
La pédiculose du cuir chevelu est de tous les âges, au moins chez la femme, mais plus fréquente chez les enfants. C'est donc en ce chapitre qu'elle trouvera place	**Pédiculose. . . . . p.**
Le cuir chevelu présente, ensemble ou séparément, les deux types dermatologiques dénommés impétigo. *Nous étudierons d'abord l'impétigo vrai à croûte mielleuse . . . .*	**Impetigo contagiosa de T. Fox . . . . p.**
... et les alopécies en aires multiples très peladoïdes auxquelles il donne lieu. .	**Alopécies post-impétigineuses. . . p.**
Nous étudierons ensuite l'impétigo pustuleux folliculaire de Bockhart	**Impétigo de Bockhart . . . . . . p.**
.... les furoncles et abcès folliculaires qui surviennent souvent à sa suite	**Furoncles et abcès folliculaires. . . p.**
... les alopécies post et périfuronculeuses qui suivent cette série de pustules folliculitiques	**Alopécie post-furonculeuse . . . . . p.**
... et l'alopécie peladoïde atrophodermique qui doit être rattachée à cette série, car elle est consécutive à un noyau folliculitique qui se résorbe sans s'ouvrir	**Peladoïde atrophodermique . . . . p**
Nous passerons ensuite en revue la série des alopécies traumatiques et cicatricielles qu'on peut observer sur le cuir chevelu de l'enfant	**Alopécies traumatiques et cicatricielles. . . . . . p**
Enfin l'eczéma de l'enfant nous arrêtera quelque peu sous la forme impétigineuse ou sèche et chronique, rouge, qu'il affecte à l'âge scolaire.	**Eczéma . . . . . p**

CALOTTE DU NOURRISSON

On désigne sous ce nom ou sous celui de *chapeau* une agglomération progressive, lente, de débris cornés, plus ou moins solides ou pâteux, formant, à la surface du cuir chevelu de l'enfant du premier âge, une couche très adhérente, jaunâtre, qui sèche, durcit et devient cartonnée, brunâtre, quand on la laisse demeurer sur place. Certains cuirs chevelus d'enfants ont plus de tendance que d'autres à créer cette sorte de croûte, souvent respectée jadis par les nourrices. A la longue, la stagnation de ces déchets épidermiques crée une irritation de la peau sous-jacente et la formation sous eux d'un exsudat puriforme. Cette complication rare, due à la sordidité, peut entraîner

plus tard une alopécie incomplète mais définitive de la région du sommet.

Même dans les formes les moins prononcées, cet état doit être traité. Les applications de glycérolés cadiques faibles ou goudronnées simples, sont excellentes,

Glycéré d'amidon neutre.	40 grammes.
Goudron liquide.	7 —
Extrait fluide de panama. . . Q. S. pour émulsion.	

mais le nettoyage doit s'en faire chaque lendemain au blaireau à barbe et au savon de toilette.

La résistance de ces croûtes à l'ablation vient de ce que les cheveux s'y feutrent et les retiennent adhérentes. Jamais ces croûtes ne doivent être grattées à la spatule ou enlevées avec un outil résistant, sinon par le médecin lui-même et avec toutes précautions.

ALOPÉCIE OCCIPITALE DU PREMIER AGE

Les nouveau-nés présentent souvent une alopécie de la région occipitale qui résulte seulement de l'usure des cheveux sur l'oreiller. Elle est ovale de forme et de grand diamètre transverse. Elle n'appelle aucun traitement, mais peut conduire à des erreurs de diagnostic, et, à ce titre, doit être connue.

NÆVI

Les *nævi* sont peut-être plus fréquents au cuir chevelu que partout ailleurs.

Il y a d'abord les nævi vasculaires « en tache de vin », irrégulièrement disposés, et qui sont cachés par les cheveux de la région. Le plus fréquent des nævi de cette espèce est situé dans la fosse sous-occipitale. Dans le peuple, où il est connu, on le désigne sous le nom de « tache originelle ». Il n'a aucune importance, que d'être pris, quand on le remarque par hasard, pour une maladie, ou, quand une lésion vraie existe en ce siège, de la faire paraître plus congestive. Aucun traitement.

Les nævi plans ou verruqueux sont tout autres, ce sont des traînées irrégulières, de bords nets, constituées d'éléments papuleux plus ou moins saillants ou plats, ordinairement bruns, tout à fait dépourvus de cheveux.

rme géographique, leur apparence de *carte en relief* suffit à
ıer à l'œil et à écarter tout autre diagnostic. Ils ont pu, quand
etits, n'être remarqués que par hasard. Ordinairement, les
es connaissent pour congénitaux.
ıe des nævi de ce genre ne grandissent pas, ils ne demandent
ıitement. S'ils grandissent, ils doivent être traités par l'élec-
. 5).

ALOPÉCIE CONGÉNITALE

des nævi doit être placée une alopécie congénitale fréquem-
e pour de la pelade. C'est d'un seul côté, ou des deux côtés,
ıement, une
pécique ovalaire
imètres 1/2 de
sur 1 1/2 de
située sur la
dirigée oblique-
haut et en ar-
peut couper le
uir chevelu ou
er derrière lui,
ectant (fig. 68).
rents ne l'ont
ı se produire,
mente pas, elle
La peau, à sa
st un peu atro-
amincie en sou-
e n'est pas tout
ore, mais porte
ıce quelque du-
ı'augmente ja-



Fig. 68 — Aire alopécique temporale congénitale. Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

aitement reste
fficace. L'étiologie de cette plaque alopécique est inconnue,
tort qu'on l'a prétendue causée à la naissance par l'applica-
rceps.

ATRICHIE ET HYPERTRICHOSE

Suivant les sujets, le développement des cheveux à la naiss pendant la première enfance est très variable. Il y a des enfa naissent chauves, d'autres ont le crâne couvert de cheveux lo 4 et 5 centimètres. Ces cheveux peuvent même être plus foncé ne resteront.

Ordinairement, ils tombent, presque tous, 6 semaines ou après la naissance, et il se reforme un duvet plus pâle, plus fera les nouveaux cheveux. Certains sujets gardent pendant to enfance une chevelure très pauvre, faite de cheveux fins et ne considère pas ce cas comme mauvais pour l'avenir tant q pas excessif. Lorsqu'une chevelure est médiocre à 8 et 10 an développe souvent à la puberté et demeure belle chez l'individ

Lorsqu'elle est trop belle avant la formation, il est de r voir envahie de pityriasis à 12 ou 14 ans, de voir le pityriasi gras à 15 ou 18 ans (p. stéatoïde) et la chute des cheve rythmée, paroxystique et progressive, s'établir entre 18 ou 20 durer toute la vie (voir p. 231, 232 et 233).

Les chevelures pauvres ne doivent pas être traitées avant tant qu'il n'existe pas une visible difformité. Dans ce cas, essayer des lotions excitantes de formule banale. Elles donn résultats.

Alcoolat de lavande.	25 grammes.
Alcool à 60°	250 —
Eau distillée	25 —
Chlorhydrate de pilocarpine	50 centigram

Les pommades cadiques appliquées le soir et savonné donnent souvent des résultats plus appréciables.

Huile de cade	ãã P. E.
Lanoline.	

MONILITHRIX

Le monilithrix est l'une des plus singulières difformit que l'on puisse rencontrer. Le cheveu se présente comme une série d'étranglements et de renflements. Les renfle tent le diamètre normal du cheveu. Sur une même tête to

sont ainsi faits ou bien les cheveux à peu près normaux sont mélangés aux cheveux moniliformes en toutes proportions.

Les cheveux moniliformes sont naturellement fragiles au niveau des étranglements ; quand une tête porte des cheveux moniliformes en grande quantité, elle a toujours les cheveux courts et irrégulièrement courts. Dans les cas les plus graves, il n'y a presque pas de cheveux du tout ; ils sont remplacés par un point rouge, une élevure cornée, ressemblant à celle de la kératose pilaire (p. 153), et tout le cuir chevelu apparaît ainsi ponctué. De-ci, de-là, on trouve des débris de cheveux en place et ils sont moniliformes.

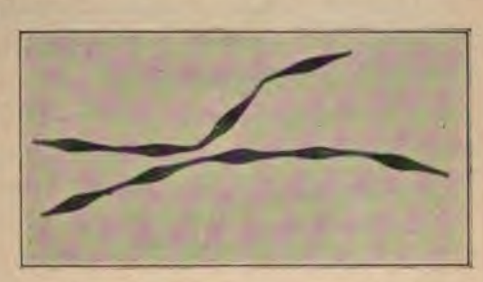


Fig. 69. — Cheveux moniliformes. — Monilithrix. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

Dans les cas moins prononcés, les cheveux semblent clairsemés : il faut en casser un et l'examiner à la loupe sur un fond blanc pour se rendre compte de sa forme.

Cet état n'est pas une maladie, mais le résultat d'une difformité congénitale. C'est une malformation familiale ; j'en ai relevé 29 exemples dans une même famille en 9 générations. Les enfants naissent avec des cheveux normaux qui tombent après 6 semaines et ne sont pas remplacés ; l'état moniliforme des cheveux s'accuse peu à peu avec l'âge.

Comme toutes les difformités, celle-ci est proprement incurable. On obtient une amélioration pourtant, dans les cas les moins prononcés, avec des applications, chaque nuit, de pommades eukératosiques, comme :

Goudron de cade	10 grammes.
Lanoline.	20 —

appliquées chaque soir et savonnées chaque matin, mais les résultats obtenus ne sont pas très stables.

ICHTYOSE

L'ichtyose du cuir chevelu, malformation fort rare, est toujours moins prononcée au cuir chevelu que sur la peau vague du même sujet. Le diagnostic est donc fait par l'examen comparatif du scalp et du corps.

Elle est constituée par des sortes de squames-croûtes brunes, sèches, assez minces, collées à la peau, et se détachant par leurs bords, ce qui les rend un peu concaves. Le sommet de la tête est ainsi recouvert d'une couche semblable, craquelée. L'ablation de cette croûte laisse la peau rose, mince, luisante, sénile. La croûte enlève beaucoup de cheveux frisottants, lanugineux. Le sommet de la tête est presque chauve, ou du moins les cheveux y sont rares, même quand les croûtes sont respectées. Cet état conduit à l'alopécie définitive. Le seul traitement par les goudrons, longtemps continué tous les jours et repris par la suite, une fois au moins chaque semaine, permet la conservation relative de la chevelure, qui restera d'ailleurs toujours pauvre.

POMMADE

Huile de cade.		10 grammes.
— de bouleau	ãã	1 gramme.
Ichtyol.	ãã	1 gramme.
Résorcine	ãã	1 gramme.
Lanoline.		20 grammes.

Savonnée le matin au blaireau à barbe. Bien rincer et sécher.

TRICHOTILLOMANIE

On conduit un enfant au médecin : il a principalement sur les tempes, mais quelquefois au sommet du front, de larges plaques irrégulières de dépilation incomplète. A regarder de près leur surface, elles sont criblées de petits points noirs, débris pilaires enchâssés dans la peau et que je décrirai dans la pelade sous le nom de *bols pilaires* (p. 226 et fig. 95). De plus, sur la plaque sont toujours conservées des touffes de cheveux sains, et paraissent toujours aussi des cheveux neufs de grandeurs diverses. Le pourtour très irrégulier des plaques est garni de cheveux sains, solides. Il n'y a pas de cheveux peladiques. Les parents interrogés ont remarqué que l'enfant s'épile automatiquement toutes les fois qu'il fixe son attention (quand il travaille, quand il lit, etc.). Ce tic, que nous avons déjà étudié avec les états morbides communs de la moustache, peut exister chez l'adulte; il y est moins fréquent. Dans ce cas, il est rare que le sujet soit très développé intellectuellement. Ce tic peut exister au contraire chez un enfant par ailleurs normal. Le traitement est du ressort du neuropathologiste.

FAUSSE TEIGNE, AMIANTACÉE, D'ALIBERT-DEVERGIE

'état morbide qu'il faut désigner sous ce nom est une épidermite nique, sèche, squameuse, limitée à une région du cuir chevelu, uairement au vertex. Elle est primitive ou secondaire. *Primitive* s'établit lentement sans cause perceptible; elle occupe alors tout 'ertex qu'elle recouvre d'une calotte de squames imbriquées, prenant les cheveux qui sont couchés sous elles, en sorte que, id on redresse une pincée de cheveux à contre-poil, ils soulèvent large squame semblable à une écaille de poisson très blanche en ace, un peu jaunâtre en profondeur. Alibert a décrit à la fausse ie amiantacée une première phase suintante qui manque le plus ent.

itre la fausse teigne amiantacée primitive et secondaire, il y a la ie différence qu'entre l'eczéma et les dermites artificielles, trauques. La fausse teigne amiantacée *secondaire* naît sur une le teigne tondante, sur une ancienne plaque de pelade, après gué-ı, etc.; elle occupe exactement la place de la maladie primitive et ıle consécutive au traumatisme du traitement. On guérit aisé-t la fausse teigne amiantacée primitive ou secondaire par les appli-ns. suivies de goudrons et de leurs dérivés pyrogénés.

emple : Appliquer tous les soirs pendant quatre à sept semaines pommade du type suivant :

Huile de cade		10 grammes.
— de bouleau	ãã	1 gramme.
Ichtyol	ãã	1 gramme.
Résorcine	ãã	1 gramme.
Acide pyrogallique		1 —
Bioxyde jaune Hg		1 —
Vaseline	ãã	10 grammes.
Lanoline	ãã	10 grammes.

ı savonne chaque matin très parfaitement. La lésion semble dis-tre en deux ou trois semaines, mais, si l'on cesse le traitement, 'eparaît. On peut admettre en pratique qu'il faut pour détruire ivement la lésion deux fois plus de temps de traitement que pour re apparemment disparaître.

PHTIRIASE

ıs avons décrit à la région de la nuque les lésions maxima de la ılose du cuir chevelu (p. 184). Elles existent à un degré ordinaire-

ment moindre sur le cuir chevelu entier. Le pou de tête est un peu gros que le pou blanc des vêtements (2 millimètres sur 1 millin Il est d'un gris noir, foncé; comme tous les poux de l'homme, il tient à la famille des *pédiculidés* (Hémiptères aptères). Son œu brillant, est une petite poche oblongue, très adhérente au c qu'il engaine (fig. 70) d'une sorte de douille de *chitine* très adh



Fig. 70. — La lente. — Œuf du *pediculus capitis* fixé au cheveu. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

L'œuf est pondu au ras de la peau. Sa hauteur au- de la peau indique donc la date de sa ponte, si l'on pelle que la croissance du cheveu est de 8 à 11/10es d mètre par mois.

Les œufs éloignés de la peau ne sont donc plus à dre, ce sont des œufs morts ou vides.

Les érosions de la peau que pratiquent les pou très démangeantes. Elles se compliquent souvent ou des deux impétigos, dont nous étudierons tout à les lésions propres : *Impétigo pédiculaire.*

Le traitement le plus simple de la pédiculose est vrir le cuir chevelu entier pendant quelques heure très épaisse couche de vaseline qui pénètre par cap les trachées respiratoires des parasites et les étou nettoyage complet enlève ensuite la vaseline, les et les cadavres.

Restent les œufs, qu'on ramollit par des lotion naigre chaud, et qu'on peigne ensuite au peigne fi

IMPETIGO CONTAGIOSA (T. FOX)

L'impetigo contagiosa, phlycténulaire, streptoc est plus fréquent sur la peau glabre, et moins fréq cuir chevelu, que l'impétigo folliculaire, pustule phylococcique. Il est ordinairement secondaire à culose; dans ce cas on l'observe disséminé de-ci, de-là. Ses sont alors mélangées aux lésions de l'impétigo de Bockhar sont confluentes à la nuque (p. 184) et de plus en plus dis mesure qu'on s'en éloigne.

Primitif, l'impétigo ne s'observe guère au cuir chevelu sinon d'un impétigo de la face, par lésions isolées rares qui copie lution des mêmes lésions au visage. On peut pourtant l'obs

un seul grand placard d'évolution lentement extensive, qui peut couvrir une surface de 6 à 10 centimètres de côté (*impetigo scabida* de Willan). Partout l'impétigo garde ses caractéristiques ordinaires : sa croûte épaisse de couleur d'ambre trouble, à consistance mielleuse, recouvrant une exulcération exsudant abondamment un sérum clair, et recouverte, comme au pinceau, d'une mince couche de fibrine qui fait apparaître l'exulcération lilas pâle.

Lorsque les croûtes s'agglomèrent, elles deviennent rocheuses à la nuque, dans la phtiriase, par exemple. Dans les grands placards impétigineux d'évolution lente, progressive, la croûte prend un aspect d'écorce d'arbre.

Dans l'impétigo secondaire, le traitement est le traitement de la cause. Celui de l'impétigo reste le même en tous sièges : lotions aqueuses au sulfate de zinc 1/100, au nitrate d'argent 1/15 (celle-ci teint les cheveux en noir) et pâtes couvrantes, employées avec discrétion, car leur excès oblige à des savonnages toujours difficiles.

ALOPÉCIES POST-IMPÉTIGINEUSES PELADOÏDES

Les lésions d'impétigo évoluent lentement au cuir chevelu, parce que les cheveux maintiennent en place les croûtes sous lesquelles la suppuration se produit. Très souvent quand les croûtes tombent, les cheveux tombent avec elles, sans traction, laissant des surfaces tout à fait glabres, larges comme les croûtes, c'est-à-dire comme une pièce de 50 centimes ou de 1 franc environ. La peau est rosée, fine, lisse, propre et tranche par sa couleur avec la peau voisine. Même lorsque la croûte est tombée, on en trouve des parcelles, demeurées adhérentes aux cheveux du pourtour de la plaque. L'éruption d'impétigo a compris 6, 8, 10 lésions ; chacune fera une plaque alopécique et toutes ces plaques apparaîtront presque en même temps. Dans le peuple, les croûtes peuvent avoir passé inaperçues, l'alopécie semble primitive. Or, l'impétigo est contagieux et épidémique, endémique aussi dans les écoles. Les plaques alopéciques post-impétigineuses sont prises alors pour des plaques de *pelade* épidémique et contagieuse. C'est là l'histoire de presque toutes les soi-disant épidémies de pelade scolaire (les autres sont des épidémies de teigne) : le diagnostic différentiel avec la pelade est fait par la simultanéité d'apparition des plaques, leur grandeur, leur identité de dimension, les commémoratifs de la croûte ou

ses vestiges, la coexistence d'un impétigo du visage ou la survivance de ses reliquats, la roseur de la peau, l'absence de poils peladiques autour de l'aire déglabrée, la repousse très rapide et régulière de follets fins sur toutes les surfaces dénudées.

Le traitement est inutile, toujours suivi de bons résultats, qui seraient survenus sans lui. Si l'on est obligé d'en prescrire, faire appliquer chaque soir sur chaque plaque très peu de

Vaseline		30 grammes.
Tanin à l'éther	āā	30 centigrammes.
Calomel à la vapeur		

qu'on nettoie chaque matin avec une boulette d'ouate hydrophile humide de

Liqueur d'Hoffmann	100 grammes.
Résorcine	1 gramme.

IMPÉTIGO DE BOCKHART

Entre toutes les maladies du cuir chevelu chez l'enfant, il n'en est pas de plus fréquente que celle-ci.

Sa lésion élémentaire est une pustule petite ou grosse, d'un jaune verdâtre, centrée par un poil. Cette pustule naît comme un grain de mil au milieu d'une macule rouge. Elle peut en augmentant atteindre à la dimension d'un demi-noyau de cerise (fig. 71). Pendant toute son évolution active qui dure quatre à six jours, la pustule reste aréolée de rouge. Quand la pustule est ouverte elle donne une petite goutte de pus vert strié de sang. Elle sèche ordinairement sans s'ouvrir et devient une croûte lenticulaire dure, adhérente, qui peut ou non demeurer sur place une ou deux semaines.

Fig. 71. — Lésions élémentaires de l'impétigo folliculaire de Bockhart (demi-schématique). (Sabouraud.)

Cette pustule est l'élément d'éruptions d'intensité tout à fait variable. Tantôt une poussée est faite de 4 à 10 pustules, tantôt elle

en comprend 500 et davantage. Toutes s'accompagnent d'adénopathies sous-occipitales. Il y a des éruptions qui durent parce qu'elles sont faites de poussées petites, subintrantes. Cette affection est souvent passagère, mais plus souvent récidivante, tenace quelquefois d'une façon invraisemblable, au point de durer des mois, presque des années. Elle est primitive, sans cause connue ou secondaire aux traitements de la teigne, de la pelade, à la pédiculose, etc. ; dans ce cas elle peut survivre de beaucoup à sa cause occasionnelle.

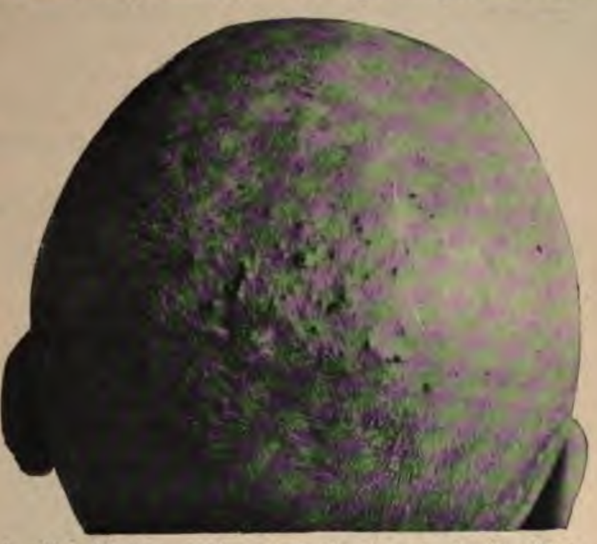


Fig. 72. — Impétigo pustuleux de Bockhart au cuir chevelu. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

Lorsque l'éruption dure, des lésions vieilles et jeunes coexistent, les vieilles souvent ne consistant plus qu'en une cicatrice rouge punctiforme au centre d'une aire déglabrée de 3 à 4 millimètres de large (p. 206). D'autres ont dégénéré en furoncles ou en abcès furonculeux (p. 206).

Le traitement de cette affection est difficile, tout réussit dans les cas bénins, tout échoue dans les cas sérieux. Les meilleures préparations sont les lotions et pommades soufrées :

POMMADE

Soufre précipité		5 grammes.
Lanoline	āā	15 —
Vaseline		

LOTION

Alcool à 60°	20 grammes.
Soufre précipité	10 —
Eau de roses	70 —

On peut observer cette affection, comme l'eczéma impétigineux, chez

les jeunes gens atteints d'albuminurie avec ou sans lésions rénales, et dans ce cas elle est très lente à guérir. La même lenteur peut s'observer sans cause perceptible. Cette affection guérit, on peut dire, toujours avec l'âge.

FURONCLES ET ABCÈS PÉRIFURONCULEUX

L'impétigo de Bockhart est constitué par des pustules folliculaires orificielles. Si l'infection staphylococcique qui les fait descend le

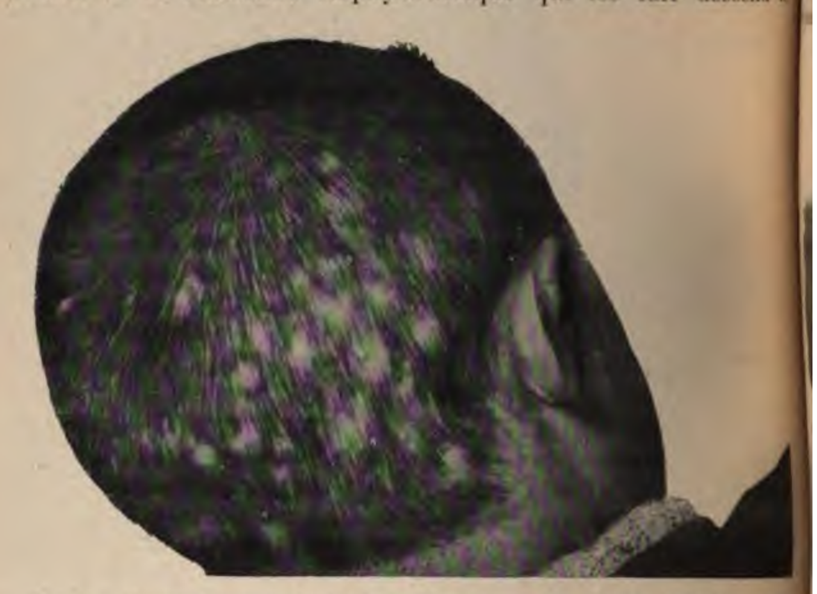


Fig. 73. — Alopécie « en grains de plomb » après une poussée d'impétigo de Bockhart du cuir chevelu. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

long du follicule et pullule plus profondément, on a le furoncle ou l'abcès furonculeux. Ce sont des modalités différentes de la même affection; on comprend qu'elles soient fréquentes au cours de l'impétigo de Bockhart.

Le furoncle a pour caractère d'évacuer, quand il est arrivé à maturité, un bourbillon sphacélique solide, tandis que l'abcès folliculaire donne quelques gouttes de pus liquide. Les pansements humides, à l'eau bouillie, sont parmi les meilleures applications thérapeutiques à faire, après avoir épilé le ou les cheveux qui centrent la lésion. Quand le furoncle, ou l'abcès, *pointe*, on lui fait une

onctuation ferme au galvano-cautère. Cela soulage toujours l'élément
ouleur et permet l'évacuation du bourbillon ou du pus.

Le traitement local du furoncle par la teinture d'iode, l'acétone
odée, l'alcool camphré, etc., à l'extérieur, le traitement général par le
hosphore, la levure de bière, etc., à l'intérieur, ont été recomman-
és; aucun de ces traitements n'est d'effet constant.

ALOPÉCIE POST ET PÉRIFURONCULEUSE

Les pustules folliculaires orificielles de l'impétigo de Bockhart, et,



Fig. 74. — Alopécie temporale en aire consécutive à un furoncle dont on voit la cicatrice centrale. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

plus forte raison, les furoncles et les abcès périfolliculaires, donnent
eu à une alopécie en aires rondes, larges chacune de 3 à 4 milli-
iètres, après une pustule simple (fig. 75), de 1 centimètre ou de
centimètre et demi de diamètre, après un furoncle ou un abcès fol-
culaire (fig. 74). Dans le cas d'une poussée d'impétigo de Bockhart
imple, l'alopécie est dite « en grains de plomb », la tête est criblée
e petits points alopéciques en aussi grand nombre que les pustules
nt été. Chaque petite plaque présente en son centre une cicatrice
unctiforme correspondant à la lésion passée.

Cette alopécie est tout à fait caractéristique. Inutile d'ajouter qu'elle
'a rien de commun avec la pelade, qu'elle n'est pas non plus conta-
ieuse, qu'elle permet l'école sans aucune précaution à l'enfant qui la

présente. Lorsqu'il y a eu furoncle, l'alopécie est plus large, mais elle garde les mêmes caractères, la même cicatrice centrale (fig. 74). L'aire déglabrée n'est pas bordée de poils massués peladiques. Les cheveux qui sont, de même, morts dans la peau et que l'on enlève, présentent, quelques-uns du moins, leur extrémité radiculaire contournée en crosse (fig. 75). Cette alopécie guérit sans traitement ; la durée de la déglabration est plus longue que celle de l'alopécie post-impétigineuse (p. 205). Même lorsqu'elle est guérie, il reste des cicatricules glabres à la place de chaque lésion passée.

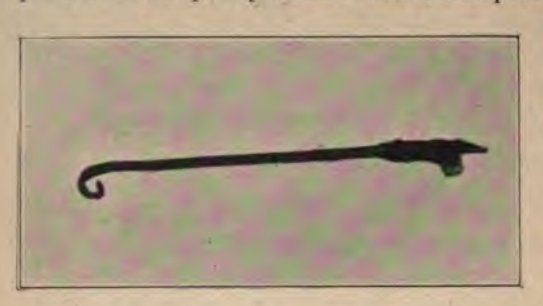


Fig. 75. — Cheveu mort autour d'un furoncle. — Il restait enfoui dans la peau jusqu'au niveau de la collerette épidermique adhérente à lui. Son extrémité radiculaire a la forme d'une crosse. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

ALOPÉCIE PELADOÏDE ATROPHODERMIQUE

Il existe une lésion très rare, toujours prise à tort pour une pelade et qui doit être rattachée aux alopécies dont la description précède.

Supposez au cours d'un impétigo de Bockhart, ou même en dehors de toute éruption pustuleuse, une infection folliculaire profonde qui constitue un petit abcès furonculeux, auprès d'un follicule. Supposez que ce petit abcès avorte lentement et se résorbe. Il produira une aire alopécique grande comme une pièce de 50 centimes ou même moins, accompagnée d'une atrophie cutanée locale des plus marquées. Cette aire restera glabre pendant six à quinze mois. Ses symptômes sont négatifs : elle ne présente pas de cheveux massués comme l'aire peladique. Elle est unique ; une fois faite, elle ne grandit pas, mais elle persiste longuement. Pendant longtemps la palpation attentive du centre de la plaque y révèle encore la présence d'une petite nodosité centrale qui est l'abcès en résorption, mais ce symptôme même s'efface et disparaît. La repousse commencera après un an, mais très longtemps encore on verra les follets rester lanugineux et la plaque garder un peu de sa concavité atrophique.

Le traitement est celui de la plaque peladique : l'irritation légère ngtemps continuée; application chaque soir de

Acide acétique cristallisable.	1 gramme.
Liqueur d'Hoffmann.	40 grammes.

u de

Acide lactique	8 grammes.
Alcool à 60°	40 —

ou de

Benzine rectifiée	50 grammes.
Iode métallique.	4 —

avec des boulettes d'ouate hydrophile.

ALOPÉCIES TRAUMATIQUES ET CICATRICIELLES

Une alopécie peut être déterminée même par une contusion sans plaie, si le choc a été violent; et chaque tégument a son coefficient en ceci, car il y en a auxquels un choc assez léger suffit pour faire une plaque alopécique. Dans ces cas, l'alopécie est passagère; elle dure à peu près le temps qu'il faut au cheveu pour renaître et sortir de la peau, environ six semaines.

Les cicatrices traumatiques consécutives à une plaie sont géométriques, linéaires, angulaires; leur forme témoigne de leur origine; les cicatrices d'abcès froid sont étoilées, creuses; les cicatrices de furoncles, taillées à l'emporte-pièce, très petites et polygonales; les cicatrices de suppurations chroniques peuvent être gaufrées, lisses, moirées, etc.

Beaucoup de médecins non spécialistes prennent souvent une cicatrice (qui est toujours alopécique) pour une alopécie non cicatricielle. Sur une alopécie non cicatricielle, les orifices folliculaires sont toujours visibles; sur une cicatrice, ils manquent. Cela est important à connaître, car j'ai vu, maintes fois, prendre pour une aire peladique une cicatrice et la traiter avec l'espoir d'y voir reparaître les cheveux! Tout traitement d'une cicatrice, dans ce but, est illusoire. Le repiquage et la réimplantation des cheveux dans des scarifications profondes faites au travers des cicatrices ont été exécutés par Menahem Hodara mais n'ont jusqu'ici qu'une valeur théorique.

ECZÉMA DE L'ENFANT

L'eczéma du cuir chevelu chez l'enfant de 3 à 10 ans est presque toujours mélangé d'impétigo.

Tantôt l'impétigo est primitif; il est signalé par l'intertrigo streptococcique rétro-auriculaire, les blépharites, etc., et ce peut être un impétigo de Bockhart. Alors l'état eczématique, qui s'y surajoute, constitue le cuir chevelu en état de dermite rouge chronique, ponctuée de folliculites orificielles suppurantes.

Tantôt l'eczéma est primitif, et, sur lui, vient se greffer du streptocoque, créant l'impétiginisation des surfaces eczématiques; ou bien la surface d'abord eczématique est criblée de pustulettes folliculaires secondairement.

La caractéristique des eczémas du cuir chevelu est topographique et élémentaire : topographique, il ne se limite jamais exclusivement au cuir chevelu; élémentaire, il est toujours caractérisé par les orifices ponctués dia-épidermiques, à peine visibles à l'œil nu, d'où exsudent des gouttelettes séreuses minuscules, comme une rosée. Cet eczéma est le plus souvent connexe d'un état général. Le teint de l'enfant est blafard, la peau un peu œdématiée, l'enfant chétif, malingre. Il peut y avoir albuminurie intermittente et hypoacidité urinaire (p. 13). La durée de cette affection est variable. Elle se compte par mois, par années. Elle est récidivante.

La première condition de guérison est le changement d'air. Envoyer le petit malade, si possible, sur le littoral. Ces eczémas sont parmi ceux auxquels le bord de la mer est favorable.

Les traitements locaux sont ceux de l'impétigo commun : lotions sulfatées au 1/100, lotions au nitrate d'argent au 1/15, pâtes couvrantes à l'oxyde de zinc à moitié ou au 1/3. Dans l'eczéma impétiginisé ou l'impétigo (streptococcique) eczématisé, les pommades cadiques légères ont un résultat excellent :

Oxyde de zinc . . . . Huile de cade	ãã 5 grammes.
Vaseline. . . . . Lanoline	ãã 15 —

TEIGNE TONDANTE A PETITES SPORES (MICROSPORIE)

La *teigne tondante à petites spores* ou *microsporie* est la plus fréquente des teignes, c'est-à-dire des maladies de l'épiderme et du

ı ayant pour cause un parasite cryptogamique. Elle est caracté-
par des placards secs, squameux, grisâ-
le 2 à 5 centimètres de diamètre, à peu
onds, et de bords assez bien délimités.
premier regard, on peut voir que les
ux, à la surface de ces placards, sont
nombreux que la normale. De ces che-



G. 76. — Teigne tondante à petites spores, érythémateuse, en cocarde, à son début. (Malade de Vidal. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 612.)



Fig. 77. — Cheveux atteints de teigne à petites spores examinés à la loupe. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

, les uns, très rares, ont gardé leurs caractères normaux. Les
s, « cheveux teigneux », sont courts, cassés à 3, 4 millimètres au-
s de la peau, décolorés et comme revêtus d'une écorce grisâtre
77). Ces derniers cassent au niveau de la peau quand on les
. Avec les doigts on peut ainsi épiler, d'un coup, dix ou douze
ons gris de cheveux. Cette épilation, possible aux doigts, diffé-
e cette teigne de toute autre.

ntôt la maladie se présente sous la forme d'une seule plaque
le : « petite spore, grande plaque », tantôt sous la forme de cinq à
laques un peu plus petites. Ces plaques peuvent fusionner et
un grand placard plus ou moins nettement polycyclique. Cette

teigne peut, à la longue, couvrir la tête entière, sauf de rares îlots de réserve où les cheveux et la peau apparaissent sains.



Fig. 78. — Teigne tondante à petites spores, plaques en cocarde du cuir chevelu. Une moitié du cuir chevelu est épilée à la pince. (Malade de Sabouraud.)

Cette maladie, d'évolution extrêmement lente et chronique, livrée à elle-même, dure de 2 à 6 et 7 ans et finit par guérir spontanément vers 14 à 15 ans environ. Les vieilles plaques semblent un eczéma sec, finement squameux, « plaque cendrée », sur laquelle les cheveux sont rares. Quelquefois de petits points teigneux persistent dans une chevelure saine. Ce sont de petits points gris sur lesquels demeurent, protégés par la



Fig. 79. — Cheveu de la teigne tondante à petites spores; grossissement de 500 diamètres. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

hevelure avoisinante, quelques cheveux teigneux très longs (de 7 8 millimètres), reconnaissables à leur écorce grise et à leur fragilité.

La maladie reste contagieuse pendant toute sa durée. La première laque d'inoculation est une macule rose, légèrement papuleuse, égeant au bord du cuir chevelu ou dans son voisinage. La plaque une, parvenue à sa dimension, apparaît comme un bel érythème en



Fig. 80. — Cheveu de la teigne tondante à petites spores; grossissement de 300 diamètres. (Préparation de Sabouraud. Dessin de A. Karmanski.)

cocarde (fig. 77), puis la rougeur disparaît et, si elle a son siège au uir chevelu, les cheveux sont envahis et deviennent cassants, la laque elle-même devient peu à peu squameuse sur toute sa surface.

Cette maladie est éminemment contagieuse, épidémique, scolaire; e peut, dans un groupe, atteindre presque d'emblée les deux tiers les trois quarts des enfants en quelques semaines.

L'examen microscopique du cheveu certifie le diagnostic. C'est ce eveu gris, court, cassant, épilé aux doigts, qui doit être étudié croscopiquement. Chauffé entre deux lames dans une goutte de ution de potasse caustique (30) dans l'eau (70) et examiné à un ssissement de 100 à 300 diamètres (en diaphragmant étroitement,

de manière que la préparation soit en pénombre), ce cheveu présente une écorce de sporules très petites, très réfringentes, irrégulièrement placées côte à côte, et faisant au cheveu comme une écorce.

Suivant la comparaison maintenant classique, le cheveu semble une baguette enduite de colle et roulée dans du sable. Ces caractères distinguent cette espèce de teigne de toutes autres et son parasite, le *Microsporum Audouini* (Gruby), de tous les trichophytons et de l'*Achorion* du favus. La culture, très facile à faire en déposant aseptiquement de minuscules tronçons de cheveux malades sur un milieu solide de culture quelconque, particulièrement un milieu sucré, fournit en peu de semaines un tapis rayonnant, rond, de duvet blanc, soyeux, ayant la semence pour centre. Cette culture est des plus caractéristiques (fig. 81).



Fig. 81. — Culture de *Microsporum Audouini* sur gélose-peptone-glucosée à 4 pour 100; âge : 3 semaines; grandeur naturelle. (Culture de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

Il y a trois variétés de ce parasite connues en dehors de l'espèce humaine, deux chez le cheval, une chez le chien. Elles peuvent s'inoculer à l'homme, à la peau glabre, sous la forme de larges taches d'érythème en cocarde et à la barbe (cas rare). A la barbe, comme chez l'animal, ces variétés de teigne tondante copient exactement la microsporie du cuir chevelu de l'enfant en tous ses symptômes (Bodin). Le traitement de cette affection et des autres teignes tondantes sera expliqué plus loin (p. 218).

TEIGNE TONDANTE A GROSSES SPORES (TYPE TRICHOPHYTIQUE SCOLAIRE)

Un peu moins fréquente que la précédente, mais surtout beaucoup plus difficile à voir, et moins fréquemment reconnue, cette teigne tondante, non traitée, est caractérisée par de très nombreux points malades, petits, que l'on recouvrirait chacun du bout du doigt, et qui sont marqués par un petit tas de squames adhérentes, semblables à une croûte sèche. Le cheveu malade est dans la squame qui l'empâte et le recouvre. Quand on veut le voir, il faut enlever la squame et examiner sa face profonde, on en voit sortir de petites racines blanches incur-

ées, courtes. C'est là ce qu'il faut examiner microscopiquement.

Quand un traitement de propreté a fait tomber les croûtes isolées sur le cuir chevelu, les cheveux apparaissent comme de courts tronçons noirs, incurvés, couchés sur l'épiderme et revêtus comme d'un vernis par la couche cornée épidermique qui les laisse voir par transparence. C'est dire que les doigts, et même la pince, ne peuvent les épiler; il faut les soulever avec une aiguille à dissociation. Ces débris sont toujours infimes (fig. 82). Et c'est eux seuls pourtant qui donneront au microscope la certitude du diagnostic (fig. 83).

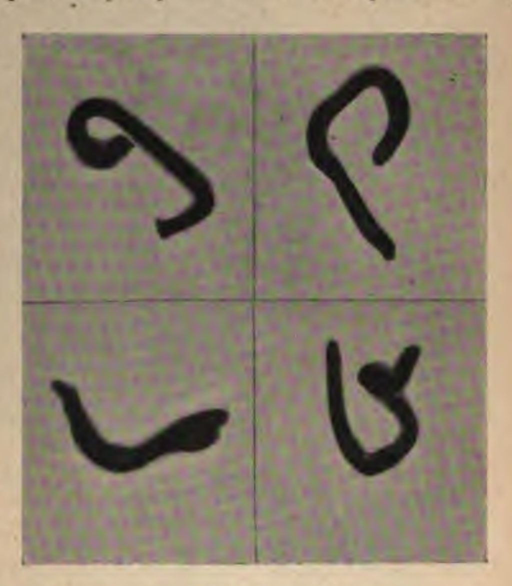


Fig. 82. — Tronçons de cheveux trichophytiques, vus à la loupe, tels qu'ils apparaissent sous l'épiderme corné. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

Les techniques d'examen et de culture sont les mêmes que pour le cheveu de la microsporie (p. 213). Le parasite, au même grossissement, apparaît constitué de spores beaucoup plus grosses que celles du Microsporum et placé en files, en chaînes mycéliennes régulières. Toutes ces chaînes formant un trousseau de filaments parallèles à peine flexueux sont contenues dans le cheveu (*Trichophyton endothrix*). La culture du trichophyton, le plus fréquent à Paris, présente sur une gélose peptone (1 pour 100) glucosée (4 pour 100) un aspect cratériforme (fig. 84) caractéristique.

A l'inverse de la tondante à petites spores, la teigne tondante à grosses spores ou trichophytique est faite de petites plaques très multiples : « grosse spore, petites plaques », les unes de 10 cheveux malades, les autres de 5 et même moins. De plus grands placards sont rares. Aussi est-il difficile d'apprécier à l'œil l'absence des cheveux manquants. Ce n'est pas le cheveu qu'on voit, c'est le *pityriasis par points multiples* qui attire l'attention du clinicien. Ce diagnostic, déjà difficile dans une chevelure à cheveux courts, est quasi impossible dans une chevelure à cheveux longs. Souvent, dans ces cas, la

maladie est dénoncée par des inoculations accessoires à la peau glabre



Fig. 83. — Cheveu trichophytique de la teigne tondante à grosses spores de l'enfant; grossissement de 250 diamètres. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Rothier, de Reims.)

du visage et du cou : macules rouges qui, lorsqu'elles grandissent, forment des segments de cercles finement vésiculeux à leur pourtour.



Fig. 84. — Teigne tondante trichophytique scolaire. — Culture cratériforme, adulte, sur gélose-peptone-glucosée. (Culture de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

Cette maladie est, comme la précédente, contagieuse, épidémique, scolaire, endémique dans le milieu infantile populaire, dans tous nos grands centres. L'évolution en est étonnamment lente et la durée longue. On voit des cas durer 8 ans, 10 ans, dépasser la puberté, exister encore à 16 ans, 18 ans et davantage même chez la jeune fille. Elle finit d'ordinaire par guérir spontanément sans traces. J'exposerai plus loin le traitement des teignes (p. 218).

Les trichophytons font une famille cryptogamique dont les espèces varient suivant les pays. De nombreuses espèces coexistent en chaque

es, chacune ayant ses localisations préférées et son type clinique s ou moins reconnaissable. (Voir Trichophyties de la barbe, p. 174 suiv.)

TRICHOPHYTIES D'ORIGINE ANIMALE

Au cuir chevelu chez l'enfant, il en existe des types beaucoup moins



85. — Montrant la forme des trois parasites les plus fréquents des teignes tondantes, en cul-es adultes sur gélose-peptone-glucosée. De droite à gauche le *Microsporum Audouini*, le *ichophyton cratériforme*, le *Trichophyton acuminatum*. (Cultures de Sabouraud. Photographie Noiré.)

quents que les précédents, mais qu'on observe encore avec une fré-ence relative. Leur culture est acuminée, brune ou violette (T. *acu-atum*; T. *violaceum*). La teigne tondante qu'ils causent au cuir velu de l'enfant est iden-ue à la précédente, sauf il existe une très grande que-mère autour de la-lle les points secondaires bservent avec une fré-ence décroissante.

e Trichophyton viola-m peut faire à la nuque au cou une trichophytie lermique poly-circinée, essins élégants. Elle peut hir le cuir chevelu de mme dans des cas rares, ymptomatique d'ailleurs nale et ordinaire (1 cas 8, 1 cas de 62 ans). On erve aussi dans l'ongle de l'enfant ou de l'adulte (p. 459) et dans épidermes cornés, épais de la plante du pied (p. 450) et de la ne de la main (p. 401).



Fig. 86. — *Trichophyton acuminatum*. — Culture adulte sur gélose-glucosée; grandeur naturelle. (Culture de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

s deux espèces ne s'accompagnent pas de réaction inflammatoire

folliculaire. D'autres, au contraire, s'en accompagnent. Le type en est dans le *kérion de Celse* (p. 176).

Le cheveu ou le poil dans toutes les trichophyties inflammatoires montre un parasite en filaments mycéliens, en chaînes de spores régulières (caractéristique des trichophytons en opposition avec la cuirasse de petites spores irrégulièrement juxtaposées du *Microsporum Audouini*). Mais dans les trichophyties inflammatoires, le parasite est endo-ectothrix, c'est-à-dire contenu dans le cheveu et ayant envahi le follicule autour de lui, d'où la réaction inflammatoire folliculaire. Ce signe caractérise les trichophytons d'origine animale.

TRAITEMENTS ACTUELS DES TEIGNES TONDANTES

Prophylaxie. — Ce traitement comprend l'isolement des malades contaminés. Cet isolement est relatif, mais ces maladies étant très contagieuses aux enfants, tout enfant sain doit être écarté du voisinage d'un enfant teigneux. Au contraire, les adultes ne pouvant contracter qu'une lésion érythémato-vésiculeuse circinée : trichophytie épidermique, facilement curable en deux ou trois applications de teinture d'iode bien faites, peuvent sans inconvénient demeurer avec des teigneux.

Prophylaxie locale. — Une plaque de teigne tondante pouvant indéfiniment se réinoculer au cuir chevelu sain du voisinage, celui-ci doit être défendu contre ces réinoculations. Il faut, dans ce but, tous les soirs, appliquer minutieusement sur tout le cuir chevelu de l'enfant malade une couche de teinture d'iode diluée au 1/5e ou au 1/10e dans de l'alcool à 60°.

Traitement des trichophyties à réaction inflammatoire folliculaire. — Ces trichophyties, en expulsant le cheveu et faisant suppurer le follicule, sont proprement *autophages*, elles se détruisent toutes seules; le médecin n'a qu'à veiller à la prophylaxie locale et à calmer l'irritation trop vive. Pour cela, épiler à la pince tous les cheveux vivants ou morts de la surface du kérion et la zone circonférentielle de poils sains qui le bordent; appliquer ensuite des cataplasmes de fécule de pomme de terre ou des pansements humides simples. La teinture d'iode pure est contre-indiquée. Elle peut être employée très diluée au 1/10e ou au 1/15e dans de l'alcool faible,

périence montre qu'elle est inutile, et que le *kérion* traité par l'épi-
on, la propreté et les pansements humides guérit dans le minimum
emps possible.

TRAITEMENT DES TEIGNES TONDANTES PAR LES RAYONS X

outes les fois qu'il est praticable, il doit être employé de préférence
ut autre. Voici l'instrumentation que j'ai fait établir à l'école
ler de l'hôpital Saint-Louis dans ce but et qui m'a permis de métho-
r et de régulariser l'emploi des rayons X dans le traitement des
ies. Une prise de courant banale actionne une dynamo de 3/4 de
al, laquelle actionne à son tour une machine statique à 12 pla-
x. Les condensateurs de cette machine recueillent l'électricité
luite et la conduisent aux deux pôles d'une ampoule de Chabaud à
o-régulateur de Villars. Sur les deux fils conducteurs (±) est
rposé en court-circuit le spintermètre de Béclère, qui mesure l'équi-
nce, en centimètres d'étincelle, de la résistance intérieure de l'am-
le. Enfin sur chaque fil est disposé, latéralement, le détonateur de
ot qui permet d'augmenter à volonté cette résistance de l'ampoule.
npoule est enfermée dans une lanterne de tôle qui ne laisse passer
rayons X que par un orifice latéral. Enfin, autour de cet orifice, est
cylindre destiné à limiter l'émission de rayons X au seul faisceau
e, et à immobiliser la tête du patient à une distance fixe de 15 cen-
ètres du centre de l'ampoule. Pour compléter ce dispositif, on place
centimètres du centre de l'ampoule, en un point fixe de la lanterne,
pastille de papier au platino-cyanure de baryum.

orsque ce papier jaune a pris sous l'influence des rayons X une
leur brune spéciale, que montre un appareil de contrôle (radio-
re X de Sabouraud et Noiré), la séance de radiothérapie est ter-
ée et le cuir chevelu du patient a reçu la quantité de rayons X
ssaire et suffisante pour déterminer l'alopécie totale de la région
liée sans provoquer d'érythème ou de radiodermite et sans com-
nettre la repousse ultérieure.

nsi une plaque de teigne est guérie en une seule séance, deux
nes de teigne très distantes l'une de l'autre en deux séances,
de suite. Quelquefois on est obligé de dépiler la tête entière
éances); dans ce cas on recouvre au fur et à mesure les parties
ées de disques de plomb de même diamètre, pour éviter qu'au-
région ne reçoive double dose.

Une tête à dépiler entièrement en 12 séances successives (qu
avec notre appareil de 8 à 15 minutes chacune suivant les jours)
tête se trouve donc traitée en deux heures; 15 ou 20 jours ap
séance, les cheveux irradiés tombent en totalité; au 25e jou
racines mêmes des cheveux teigneux sont expulsées spontané
elles contiennent encore le parasite vivant. Au 30e jour il ne



Fig. 87. — Partie radiculaire des cheveux sains d'une plaque de teigne tondante lorsqu'ils tombent 18 jours après la radiothérapie. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

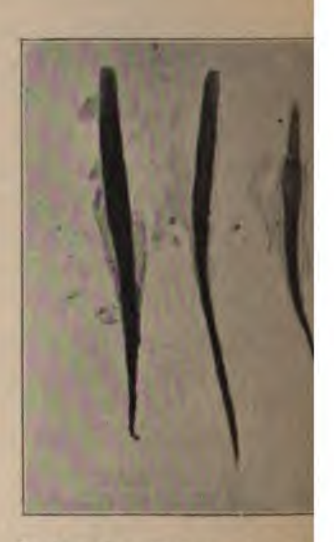


Fig. 88. — Cheveux teigneux tomban tanément 20 jours après la séance r rapique. (Préparation de Sabour tographie de Noiré.)

plus sur la plaque ni cheveux ni trace de parasite et l'enfant est c
mais il n'est plus contagieux. La repousse commence 2 mois e
après la séance radiothérapique, elle est complète 5 mois apr

Accidents. — En dépassant le temps-limite que la teinte re
notre radiomètre permet de fixer exactement pour chaque séance,
que soit l'instrumentation, on s'expose aux radiodermites
tous les degrés depuis l'érythème, qui dure 15 jours, à l'esca
dure 4 mois. Toute radiodermite, même légère, entraîne a
chevelu l'alopécie définitive presque toujours complète. L'insu
du temps de pose entraîne au contraire la dépilation incomp
survivance de quelques cheveux malades et l'obligation de recom
le traitement, ce qui expose doublement à la repousse incom

Quand on fait chevaucher sans précaution deux applications consécutives de rayons X, il s'ensuit qu'un espace fuselé reçoit double dose même, lorsqu'il ne ntre qu'un érythème 10 jours, il ne repusse pas ou repousse l. Quand au contraire ix applications voisine coïncident pas ctement, il demeure re les surfaces trais des bandes de cheix parmi lesquelles cheveux malades il faut de nouvelles nces pour détruire.

Les rayons X altèrent mentanément la vité de la région qu'ils touchée, il s'ensuit quemment sur les rfaces irradiées une ussée d'impétigo pus-leux (p. 204) qu'il faut traiter, comme d'ordinaire, par les applitions soufrées. Enfin jusqu'à la dépilation intégrale des surfaces itées, il faut protéger contre la contagion les parties saines et non itées. On le fait en les passant quotidiennement à la teinture d'iode luée au 1/5e.



Fig. 89. — Surface irradiée, 30 jours après la séance radiothérapique. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

ANCIENS TRAITEMENTS DES TEIGNES TONDANTES

Quand on ne dispose pas de l'installation nécessaire à la production s rayons X on traitera les teignes tondantes par les méthodes ciennes qui comprenaient :

1° L'épilation, répétée tous les 15 jours, des plaques malades et de ur pourtour ;

L'application quotidienne de teinture d'iode diluée au 1/5e, sur le ievelu entier, pour éviter les réinoculations au porteur ;

5° Tous les 10 jours, l'application très ménagée d'huile de croton, provoquant une folliculite artificielle, c'est-à-dire réalisant les conditions qui amènent la guérison spontanée des kérions. Mais ce dernier moyen entraîne facilement des cicatrices définitives, quand on ne sait pas reconnaître et calmer à temps, par des cataplasmes de fécule et des pansements humides, la dermite suppurée trop profonde que l'huile de croton provoque quand elle est imprudemment maniée.

On obtenait par ces moyens et par l'épilation très lente des derniers cheveux malades (très lente pour tâcher de les épiler entiers) la guérison d'une teigne moyenne en 9 ou 10 mois. Mais les meilleurs épileurs professionnels et les meilleurs traitements gardaient un pourcentage élevé de mauvais cas dont la durée était positivement sans limites.

TEIGNE FAVEUSE

En opposition aux teignes tondantes qui sont urbaines surtout, le favus est une teigne rurale. Il n'envahit le cuir chevelu de l'enfant qu'à l'âge scolaire, mais, comme il ne guérit jamais seul, on le retrouve à tout âge. Sous sa forme ordinaire (favus à godets), la maladie est constituée par un ou plusieurs placards irréguliers mais nettement délimités, couverts de croûtes jaune soufre, comme argileuses de couleur et aussi de consistance. Isolées, ces croûtes sont rondes, annulaires, de toutes tailles, les plus grandes de 1 à 2 centimètres montrant des « ondes » circulaires. Ce sont les godets, dont les plus petits font un simple anneau autour des cheveux. Ces godets sont traversés par les cheveux et enchâssés dans la peau; on les en détache sans trop de peine, par morceaux, ils laissent à leur place une plaie saignante qui semble profonde. La durée de la maladie est indéfinie, ses lésions s'agrandissent par extension périphérique et réinoculation à distance. A la longue elles guérissent incomplètement et par places, par cicatrice. En dehors du favus à godets il existe deux formes de favus sans godet : une forme « *pityriasique* » (Dubreuilh) assez fréquente, dans laquelle les placards de même dimension et évolution que ceux du favus normal ne montrent pas de croûtes, mais une surface chroniquement rouge, couverte de squames adhérentes; une autre forme, *impétigineuse*, toujours de mêmes mœurs, mais dans laquelle les croûtes sont *impétigoïdes*, mielleuses. Dans ces cas le diagnostic est fait d'abord par la longue durée sur place de la maladie : tout

ard d'évolution chronique, durant depuis plus de 3 mois à la
ne place, doit être suspecté d'être favique. Le diagnostic s'appuie



IG. 90. — Favus à petits godets après épilation du cuir chevelu. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 548.)

ite sur les caractères des cheveux des placards faviques. Ils ont
longueur normale, mais ils sont décolorés sur un centimètre et
à leur base, et sur cette longueur ils sont gris et délustrés.

Enfin le diagnostic est certifié par l'examen microscopique (vo
Techniques, p. 213). Le cheveu favique montre un parasite myc
composé de filaments irréguliers, flexueux, peu nombreux, so
morts, et alors leur trajet est indiqué par une bulle d'air brillan
même forme. Les filaments mycéliens vivants sont composés d
ments de dimens
de forme assez
ses et leurs parti
rulées se subdi
par tri et tétra
Le godet n'est pa
croûte, c'est un
mérat de mycél
serrés en bo
beaucoup plus
liers que ceux d
veu. L'ensemenc
du godet ou du c
(voir les *Techn*
p. 214) fournit
culture très
creuse, bourso
jaunâtre, ressem
à une éponge. Le
humain n'appa



FIG. 91. — Cheveu favique, grossissement de 250 diamètres. (Préparation de E. Bodin. Photographie de Rothier, de Reims.)

qu'à une espèce, les deux autres espèces faviques décrites n'on
rencontrées que sur l'animal (souris, poule, etc.). (Bodin, Sabraz

Le traitement du favus a été donné par Bazin. C'est l'épilation
pince, répétée 5 à 6 fois, c'est-à-dire 5 à 6 mois de suite et p
quant ainsi la stérilisation discontinue du follicule pilaire.

La dépilation radiothérapique est aussi aisément obtenue po
favus que pour les teignes tondantes, et sauf exceptions elle g
le favus comme les teignes tondantes, mais dans un cas sur
environ la guérison est incomplète. En quelques points surv
des germes et de nouveaux godets se reforment sur la peau,
même que les cheveux n'ont pas encore eu le temps de repou

Notre usage à l'école Lailler est donc de faire, par la radiothé
l'épilation première et complète des plaques faviques et, lorsq
nouveaux godets apparaissent, de recommencer un mois plus tar

velle séance radiothérapique des points non guéris toujours rares ninimes par rapport aux surfaces traitées.

. B. — Le favus n'est pas limité au cuir chevelu, il peut exister toutes régions du corps et aux ongles; nous en reparlerons en nps et lieu (p. 438 et 530).

PELADE DE L'ENFANT

Admirablement décrite par Celse (*De re medica*), la pelade de l'ennt appartient, d'ordinaire, au type qu'il nommait ὀφίασις. C'est une



Fig. 92. — Cheveux peladiques en forme d'épis, vus à la loupe. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)



Fig. 93. — Cheveux peladiques vus à la loupe. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

opécie primitive, qui n'est précédée d'aucun symptôme fonctionnel, non d'un certain prurit local rarement perçu par le malade. Le eveu tombe, soit diffusément sur une région limitée, soit en aire, mplète d'emblée, ordinairement. Cette aire est médiane, occupe la sse sous-occipitale, ou bien elle est bilatérale et grossièrement symétque, de part et d'autre de l'occiput. La surface déglabrée est irrégure, de forme quelconque, lisse, sans rien d'anormal. La pelade peut limiter, s'arrêter et rétrocéder à tout moment; inversement elle

peut grandir, jusqu'à déglabrer le cuir chevelu entier et le poil de le corps. Au cuir chevelu, les surfaces en extension sont signalée la présence en unité lées, en groupes o bandes, du chevu dique (fig. 92 et 95)

Ce cheveu en d'exclamation d'imp rie est un cheveu e d'atrophie, il est c un morceau d'ai plantée sur la peau pointe. De haut en est de moins en gros et de moins en coloré. Plus ou moi pidement, ces ch tombent toujours. L



FIG. 94. — Débris de cheveux atrophiques autour d'une plaque peladique. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

faces en guérison dans la pelade sont signalées par la re de duvets fins comme de la laine, et incolores, auxquels succéderont des cheveux plus normaux, plus gros et pigmentés. Souvent sur une surface peladique demeurent, ou bien des cadavres de cheveux inclus dans la peau et qu'on en épile sans traction, ou bien des débris noirs punctiformes inclus dans l'orifice pilaire et qu'un simple raclage en expulse (bols pilaires) (fig. 95). Ces débris sont souvent pris à tort pour des cheveux de repousse, ce sont au contraire des cheveux en voie de disparition ou des débris de cheveux morts. La pelade de la nuque, en extension, guérit souvent par le bas à mesure qu'elle s'étend par le haut. Elle peut prendre toute forme. Souvent à distance de sa bordure naissent de petites plaques nouvelles q mentent et se fusionnent avec la plaque primitive (pelade en ar

FIG. 95. — *Bols pilaires.* — Agg de cellules corticales de chev nées à l'orifice du follicule. (Pr de Sabouraud. Photographie

s elle se prolonge au-dessus des deux oreilles, dépouille, ies, et ses deux extrémités peuvent se rejoindre sur le e sa marche peut être inverse; elle peut commencer par oche frontale et se propager d'avant en arrière, ou bien lessus des oreilles, d'un seul ou des deux côtés.

n soit, cette pelade montre une remarquable tendance à x bordures et à faire le tour de la tête. Pourtant, même calisation, elle peut r de plaques de toutes ensions, diversement r le cuir chevelu. La eviendra décalvante, le d'ordinaire ainsi. de la maladie est , mais très variable. le sa durée est d'en- mois; les meilleurs en 3 ou 4 mois. Il guérissent jamais. rticulièrement d'une riculaire diffuse, qui incomplète toujours, ar la disparition, histologiquement absolue, des follicules érison dans cette forme ne peut donc comporter la réno- eux. Dans les autres formes, même guérie en apparence, st récidivante, même à 5, 10 et 15 ans d'intervalle. Elle , et assez souvent, héréditaire et familiale. En règle elle ment contagieuse. Cette maladie de localisation pilaire aladie générale, car, dans nombre de cas, les ongles des ieds portent des traces évidentes d'altération. La cause ement inconnue à mon avis; elle a pour âge habituel 7 ans, la puberté la guérit ordinairement, mais non qu'il y a des cas qui ne guérissent jamais. On relève s enfants atteints de pelade : le manque de tonicité du x, les tics et mouvements choréiformes, l'adiposité mis l'hérédité peladique que j'ai relevée dans la pro- our 100 des cas environ, aucune tare héréditaire ne préciable avec fréquence.



Fig. 96. — Pelade ophiasique. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

tique se ressent de l'incertitude étiologique du sujet.

Dans les cas bénins et moyens, la révulsion locale paraît vraiment utile; elle peut être obtenue par tous moyens : acide acétique cristallisable au 1/40e, acide lactique à 20 pour 100, ammoniaque au 1/10e; les vésicatoires liquides, abrasés ou non et suivis de cautérisation au nitrate d'argent au 1/15e, tout cela peut être employé, alterné, etc., avec des succès fréquents, mais sans résultats absolus ni constants. Tous les traitements se sont prévalus de succès; les traitements généraux : bains sulfureux, toniques externes, frictions alcooliques, toniques internes, etc., sont à conseiller suivant le cas, après examen attentif du malade, mais sans parti pris ni théorie préalable. Les rayons X et la photothérapie de Finsen, mais les rayons X surtout, ont plusieurs fois donné des résultats surprenants comme de faire repousser un cercle de 10 centimètres en plein milieu d'une région glabre. Mais cette repousse est momentanée seulement. Même momentanée, elle n'est point de règle, tant s'en faut. La pelade attend encore une doctrine étiologique valable et un traitement rationnel.



Fig. 97. — Pelade de l'enfant. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

CUIR CHEVELU DE L'ADULTE

Les pityriasis, la séborrhée et l'eczéma dit séborrhéique constituent un ensemble morbide qui fait à lui seul une bonne moitié de la dermatologie du cuir chevelu de 15 à 30 ans dans les deux sexes.

Les idées sur ces sujets sont si confuses que je juge utile de résumer tout d'abord en une page spéciale les rapports de ces types morbides entre eux. Il ne s'agit pas ici de vues doctrinales, mais d'un aperçu clinique.

1° *A 10 ou 12 ans, certaines têtes d'enfant se couvrent de pellicules qui demeureront permanentes pendant une série d'années. Ces pellicules sont sèches et cet état ne s'accompagne d'aucune alopécie. . . .*	**Pityriasis simplex. p. 231.**
2° *De 14 à 18 ans ou de 16 à 20, très souvent, ces pellicules sèches semblent devenir grasses progressivement et s'accompagnent d'une alopécie diffuse, avec ou sans altération de l'extrémité des cheveux. . .*	**Pityriasis stéatoïde, alopécie pityrode. p. 232.** **Trichoptilose. . . . p. 234.**
3° *Chez l'homme ce stade est le deuxième acte d'une série clinique dont le troisième est la* **séborrhée dépilante** *du cuir chevelu. Les pellicules disparaissent peu à peu, l'élément gras persiste et s'exagère, au vertex : l'alopécie redouble, se localise et constitue peu à peu* **la calvitie** *du type dit* **masculin**.	**Séborrhée décalvante, calvitie vulgaire. . . . . p. 234.**
4° *Chez la femme, très rarement, ce troisième stade survient; il aboutit, comme chez l'homme, à* **la calvitie de type masculin** . .	**Calvitie masculine chez la femme. . p. 238.**
5° *Ordinairement, la femme parvenue au deuxième stade s'y arrête toute sa vie. Elle gardera perpétuellement des pellicules grasses et une alopécie temporo-frontale, paroxystique, diffuse, quelquefois une alopécie en bandes du bord frontal du cuir chevelu. . . . .*	**Pityriasis stéatoïde chez la femme. . p. 233.** **Alopécie frontale de la femme . . . . p. 239.**

6° Le pityriasis chronique est constitué par des éléments chroniquement fusionnés. Originairement il est fait de lésions figurées, de taches distinctes. Lorsqu'il se diffuse hors du cuir chevelu, il garde cette forme, en taches squameuses distinctes, qui peuvent ou non se compliquer d'eczématisation, c'est-à-dire d'exsudation sous-squameuse. Cet eczéma séborrhéique est, par Unna, considéré comme le développement naturel du pityriasis simplex et stéatoïde, et d'après lui le mot « eczéma séborrhéique » s'applique à tout l'ensemble dont le résumé précède	**Eczématisation des pityriasis . . . .**
7° Enfin, dans certains cas, l'exsudation s'exagère et un véritable eczéma impétigoïde ou impétigineux succède aux états pityriasiques, sur place ou à distance. L'école de Hambourg range encore la plupart de ces eczémas suintants dans les eczémas séborrhéiques	**Eczéma impétigineux . . . . . .**
En dehors de ces formes morbides plus ou moins dépendantes d'un pityriasis, il peut exister au cuir chevelu un eczéma sec que ses mœurs et l'examen microscopique différencient du pityriasis	**Eczéma sec . . . .**
Le psoriasis sous toutes ses formes peut exister au cuir chevelu en même temps que sur le corps ou même sur le cuir chevelu seulement.	**Psoriasis . . . . .**
La pelade existe fréquemment dans l'âge moyen, quelques types en peuvent être différenciés, nous les étudierons séparément; beaucoup d'autres ne peuvent l'être, nous les étudierons en bloc.	**Pelade de l'adulte. .**
Nous différencierons de la pelade cette alopécie cicatricielle définitive en petites aires, connue en France sous le nom de pseudo-pelade de Brocq.	**Pseudo - pelade de Brocq. . . . . .**
Nous parlerons ensuite du lupus érythémateux, assez fréquent au cuir chevelu, où il se présente d'ordinaire avec ses caractères atrophiques les plus prononcés . . .	**Lupus érythémateux. . . . . . .**

ous dirons enfin quelques mots des lé-s petites, saillantes, chroniques, squa-ises, à évolution cicatricielle du lichen ı corné atrophique.	Lichen plan corné atrophique. . . . p. 251.
près tout cela nous serons conduit à de des alopécies post-infectieuses en ral	Alopécies post-infectieuses. . . . p. 251.
et de l'alopécie syphilitique après la-le nous examinerons les autres lésions ilitiques que le cuir chevelu peut pré-r.	Syphilis du cuir chevelu. . . . . p. 254.

PITYRIASIS SIMPLEX

pityriasis simplex est une dermatomycose chronique du cuir elu, limitée à l'exfoliation perpétuelle, sèche et sans rougeur de uche cornée. Elle est liée à la présence constante du parasite ogamique connu sous le nom de *Spore de Malassez* (1874) et à sous le nom de *bacille-bouteille* de Unna (1892). Ce parasite à foison dans toutes les squames du pityriasis.

pityriasis, qui semble naître toujours par taches squameuses ictes, devient et reste par la suite diffus. Il est fait de squames ou moins fines, poudreuses, lamelleuses, qui se détachent facile- de la couche cornée, et tombent sur les habits. Cet état s'ac-agne d'un léger prurit, plus marqué pendant la sudation. Il pas d'alopécie. « Tant que les squames du pityriasis tombent, ieveux ne tombent pas. »

état est excessivement tenace, la thérapeutique l'efface, mais il nt. Et, avec le temps, il se transforme sur place en pityriasis cique, à squames apparemment grasses; nous étudierons cette formation tout à l'heure. Chez de rares sujets, le pityriasis sec sec toute la vie; on le retrouve à 30, à 50 ans.

thérapeutique active ne donne que des succès passagers : appli- chaque soir une pommade cadique que l'on savonne chaque :

Huile de cade.		10 grammes.
Lanoline.		20 —
Ichtyol.	ãã	1 gramme.
Résorcine	ãã	1 gramme.
Huile de bouleau	ãã	1 gramme.

ou plus active :

Huile de cade.	10 grammes.
Lanoline.	20 —
Acide pyrogallique.	ãã 1 gramme.
Bioxyde jaune Hg.	
Résorcine	

En regard des préparations actives, on doit placer les préparati
plus faibles, d'usage plus facile, qui constituent plutôt une hygièn
pityriasique qu'un traitement du pityriasis; ou bien :

Sulfure de potasse	1 gramme.
Eau distillée	300 grammes.

ou bien :

Alcoolat de lavande.	25 grammes.
Bichlorure Hg	30 centigrammes.
Coaltar saponiné	25 grammes.
Alcool à 60°.	250 —
Acide acétique cristallisé.	V gouttes.

PITYRIASIS STÉATOÏDES — PITYRIASIS ALOPÉCIQUE A SQUAMES GRA

Chez l'adolescent, vers 15 ou 16 ans d'habitude, les squames pityriasis s'épaississent, deviennent jaunes et tachent le papier comme de la graisse. Cet état les rend moins déhiscentes, elles meurent sur le cuir chevelu. « Elles ne tombent plus, mais a ce sont les cheveux qui tombent », d'abord très peu, puis de en plus; d'abord l'été, puis en toutes saisons; par poussées, continuellement. Ainsi se constitue l'alopécie pelliculaire qui, l'adolescent, est un stade prémonitoire de la calvitie, chez la fe la certitude d'une alopécie diffuse chronique à répétitions. Le riasis stéatoïde occupe diffusément le sommet de la tête et les tempes, jusqu'aux régions rétro-auriculaires où l'on observe sou ses éléments isolés. Ses symptômes fonctionnels se bornent à démangeaisons plus ou moins marquées, et à l'alopécie.

Les cheveux, qui tombent, tombent diffusément, entiers, c'est-à avec leurs bulbes, qui sont des bulbes secs en forme de navet. Les veux qui tombent ont une tendance à être remplacés par des ch nouveaux qui, lorsqu'on ne traite pas la maladie, sont caducs, eux

Le traitement du pityriasis stéatoïde est celui du pityriasis sec les pellicules sont grasses, plus l'adjonction de soufre aux pom cadiques est utile.

Le pityriasis gras doit être traité activement pendant quelques maines. La tête doit être ensuite entretenue par des lotions dégraisntes. L'alopécie cesse quand on fait cesser l'état gras de la surce. Elle reprend avec lui. Cet état persiste chez la femme toute vie, avec un maximum de l'état pelliculaire vers 20 à 25 ans et un aximum de la chute de cheveux de 25 à 35 ans.

Chez l'homme, c'est ordinairement un stade passager de 15 à 18 ans tre le pityriasis sec et la séborrhée.

ALOPÉCIE PITYRODE OU PELLICULAIRE

Conséquence du pityriasis dont l'étude précède, cette alopécie est ntinue-rémittente, paroxystique. Chaque année d'abord, elle revient cours de l'été, en août, en septembre, puis elle commence plus , finit plus tard. Elle devient enfin continue, avec des exacerbations incidant avec des aggravations passagères de l'état gras de la peau de la chevelure. Ce stade est transitoire chez l'homme; il précède séborrhée. Chez la femme qui, sauf exception, ne devient jamais auve, c'est au contraire un état permanent. Ainsi, autour de la igtième année, les femmes se divisent en deux catégories : celle des mmes qui ne perdent jamais leurs cheveux et celle des femmes qui perdent constamment trop.

Cette alopécie est diffuse toujours, mais beaucoup plus marquée x tempes et au front; elle n'aboutit jamais à faire une région comtement chauve, mais à faire une chevelure de plus en plus claire pauvre.

Tous les traitements dégraissants sont utiles dans ces cas; les onnages bien faits, les lotions alcoolo-éthérées, ammoniacales, êtent ou diminuent considérablement la chute et favorisent la ousse qui spontanément a déjà tendance à se faire.

Voici par exemple un type de traitement de cette forme morbide :

1° Savonnage mensuel ou bimensuel bien fait avec des savons frés ou cadiques ou à l'eau sulfureuse;

2° Friction quotidienne avec :

Liqueur d'Hoffmann.	225 grammes.
Alcoolat de lavande.	25 —
Eau distillée.	50 —
Nitrate de potasse.	50 centigrammes.
Ammoniaque liquide	4 grammes.

ou bien :

Acétone anhydre		200 grammes.
Coaltar saponiné	ãã	25 —
Teinture de quillaya (filtrée)		
Alcoolat de lavande		25 —
Eau distillée		25 —
Chlorhydrate de pilocarpine		50 centigrammes.

en frictions dures et appuyées, faites avec une brosse.

Ces traitements longtemps poursuivis, modifiés, comme dosages et comme nature des éléments composants, suivant la forme et le degré de l'alopécie, donnent des résultats satisfaisants, mais que la patiente doit entretenir par la suite, sous peine d'en perdre le bénéfice.

TRICHOPTILOSE — TRICHORREXIE

Je ne dirai qu'un mot d'une lésion du cheveu très fréquente, ainsi que la trichorrexie noueuse (p. 159) au cuir chevelu des



Fig. 98. — Cheveu atteint de trichoptilose, vu à la loupe. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

femmes atteintes de pityriasis et d'alopécie pityrode. C'est la trichoptilose que la figure ci-dessus (fig. 98) représente trop bien pour qu'il soit utile d'y insister davantage. C'est le cheveu « en barbe de plume ». Dans la trichorrexie, le cheveu présente près de son extrémité les nouures que nous avons décrites au poil de la moustache chez l'homme, et au niveau desquelles il se rompt. Ces lésions ont ordinairement pour cause les savonnages trop fréquents.

SÉBORRHÉE DÉCALVANTE — CALVITIE

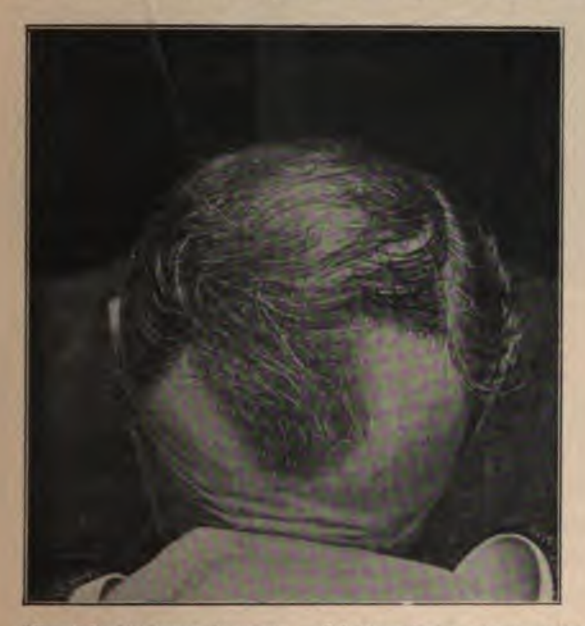
La séborrhée au cuir chevelu, comme en tous autres sièges, n'est pas une maladie pelliculaire, mais une hypersécrétion des graisses sébacées (p. 14). Elle a pour symptôme objectif et lésion élémentaire un cylindre de graisse contenu dans le canal sébacé et que l'expression de la

on fait sortir sous forme d'une petite masse vermiculaire (rudiment médon). Ce cylindre gras est l'habitat d'une e microbienne constituée exclusivement par robacille séborrhéique, dont la présence et ce sont constantes et caractéristiques.

e infection débute par le centre du visage, d au front, et de là au cuir chevelu. Son ion y est synchrone au début et au développe- de l'alopécie qui crée la calvitie vulgaire de me, précoce ou tardive. Cette maladie succède naire à un pityriasis à squames grasses qu'elle nte peu à peu et qui lui fait place, en sorte que la séborrhée it les chauves paraît cliniquement le troisième stade d'une mala- ont les deux premiers seraient le pityriasis sec (simplex) et le asis gras (stéatoïde). L'alopécie de la séborrhée est beaucoup



Fig. 99. — Médaille d'Hippocrate, d'où le nom de « calvitie hippocratique », proposé par P. Raymond.



00. — Séborrhée décalvante du vertex. — Calvitie vulgaire en voie d'établissement. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

diffuse que celle du pityriasis; elle se localise au vertex, à la même où la calvitie se produira. Elle est infiniment plus in- que celle du pityriasis. En règle, plus une séborrhée du cuir prend le sujet jeune, plus elle marche vite. Commencée à

18 ans, elle fait des chauves accomplis à 25 ans, avec une chu 200 à 400 cheveux par jour. Commencée à 25 ans, elle n'aboutit calvitie incomplète que vers 55 ou 60 ans, avec une chute variabl vant les saisons, de 30 à 60 cheveux par jour.

Les cheveux, qui tombent, tombent entiers avec un bulbe Aussitôt tombés, ils se reproduisent; mais, avant d'avoir attein grande longueur, ils retombent, et ainsi de suite; ils poussent à c remplacement plus lentement et plus grêles. Ils arrivent à n'êtr qu'un duvet visible à la chez le chauve.



Fig. 101. — Calvitie typique par séborrhée décalvante, une fois constituée. (Malade de Sabouraud.)

Quelquefois la sébo au lieu de supplanter le riasis, coexiste avec l c'est le tableau qu'on ap à tort *séborrhée squame* s'agit d'un processus m d'un pityriasis sur-sébo que.

La thérapeutique de l vitie est de résultats m cres, mais non pas comme beaucoup le cr La guérison de la ca n'existe pas, car elle ren aux chauves leur cheve et ce résultat — dans l vitie vulgaire — ne s'obtient jamais. Mais une bonne hygiène cuir chevelu séborrhéique retarde de nombreuses années duran calvitie en voie d'extension.

Ce traitement sera variable suivant la forme, l'âge de la ma et la tolérance de la peau pour les médicaments utiles.

Un premier traitement s'adresse à l'élément squameux qu existe : ce sont les pommades cadiques et soufrées, appliquées l savonnées le matin. Exemple :

Lanoline.	ãã 10 gramme
Vaseline.	
Huile de cade.	
— de bouleau	ãã 1 gramme.
Turbith minéral	
Soufre précipité	

premier traitement nettoie le pityriasis et diminue énormément ux de chute.

n entretiendra ensuite en permanence ces bons résultats par des nnages répétés chaque soir pour enlever l'exsudat sébacé, dont la



FIG. 102 — Calvitie vulgaire, typique, une fois constituée. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

ation semble comme toxique pour la chevelure, et par des fric- le matin avec des liqueurs dont les composants varient suivant as, leur degré, leur forme, ainsi :

Éther officinal	200	grammes.
Alcool à 96°	50	—
Teinture de jaborandi.	ãã 25	—
Coaltar saponné		
Ammoniaque liquide	5	—

en :

Alcool absolu.	200	grammes.
Teinture de capsicum.	20	—
Alcoolat de romarin.	30	—
Sel d'Alembroth soluble	50	centigrammes.

Eau distillée	50 grammes.
Nitrate de potasse	} ãã 50 centigrammes.
— de pilocarpine	

etc., etc.

Il est des cas où la sécrétion sébacée est tellement intense qu'elle appelle des traitements plus actifs. Les soufres en seront la base, soit sous forme de poudre :

Soufre précipité	} ãã 50 grammes.
Farine d'avoine torréfiée	

ou de lotion :

Alcool à 60°	20 grammes.
Soufre précipité	10 —
Eau de roses	70 —

Agiter.

ou même de solution :

Sulfure de carbone saturé de soufre . . . . . 100 grammes.
(très inflammable et d'application cuisante).

Ces moyens variés, améliorés suivant les résultats que les premiers donnent, permettent de diminuer de moitié ou des deux tiers l'intensité de la maladie et ses symptômes, sans permettre, dans la majorité des cas, de l'arrêter tout à fait.

Toutefois un retard de 15 ans, de 10 ans et même de 5 ans dans l'évolution d'une calvitie peut, à juste titre, passer pour un résultat heureux, dans une maladie que la thérapeutique ne sait pas guérir.

CALVITIE DE TYPE MASCULIN CHEZ LA FEMME

Elle survient de 20 à 30 ans chez la femme qui fut à 15 ans une hypertrichosique atteinte de pityriasis intense. Chez ces sujets, qui portent souvent une ombre de moustache, et un système pileux du corps excessivement développé, la calvitie suit exactement avec les mêmes symptômes la même évolution que chez l'homme et, livrée à elle-même, elle comporte le même pronostic, la dénudation du vertex progressive et irrémédiable. Chez la femme, la calvitie est traitable par les mêmes moyens que chez l'homme; et son traitement, très bien suivi, amène ordinairement de meilleurs résultats que chez l'homme, ainsi par exemple une repousse partielle très lente et très incomplète.

Comme chez l'homme, cette maladie, chez la femme de 30 et 35 ans, perd peu à peu de son acuité, et progresse beaucoup plus lentement, mais à ce moment la femme aurait, avec des cheveux courts, l'aspect de l'homme aux trois quarts chauve.

ALOPÉCIE SÉBORRHÉIQUE FRONTALE CHEZ LA JEUNE FILLE

Chez la jeune fille, entre 15 et 18 ans, au moment où se produit cné polymorphe du visage, et en coexistence constante avec ce type rbide, survient, sur le bord frontal du cuir chevelu, un mélange pityriasis, de séborrhée et d'acné polymorphe à petits éléments, tout disposé suivant une bande de deux centimètres, prise au dés du cuir chevelu et sur sa frontière, et allant d'une oreille à itre. Nous avons déjà parlé de cette alopécie liminaire en étudiant région frontale (p. 135).

Le traitement, quand on assiste à la genèse de cette séborrhée locale, celui de toutes les acnés : lotion ou pommade soufrée.

Pommade appliquée le soir

Soufre précipité.	ãã	1 gramme.
Ichtyol.		
Résorcine		
Huile de cade.		5 grammes.
Lanoline.		50 —

ettoyée chaque lendemain avec des boulettes d'ouate hydrophile umide de

Liqueur d'Hoffmann.	200 grammes.

Ce traitement demande un peu de persévérance.

Le plus souvent on constate la lésion déjà ancienne contre laquelle thérapeutique est sans ressource.

PITYRIASIS EXTENSIF — ECZÉMA DIT SÉBORRHÉIQUE

Dans un certain nombre de cas, le pityriasis stéatoïde du cuir evelu prend un développement inaccoutumé, il déborde le cuir evelu d'un centimètre (*Corona seborrhœica*) sous forme de squamesûtes jaunes, grasses, reposant sur un fond rouge. C'est là un type matologique de l'adolescence, fréquent surtout chez la femme. te éruption peut se généraliser à une grande partie du corps, aux ions séborrhéiques, c'est-à-dire aux régions des plis naturels : , aisselles, région médio-sternale; au visage (plis naso-géniens, ons sus-sourcilières et sourcils, moustache, barbe, oreille, etc. lésions, d'abord écailleuses grasses, deviennent très légèrement

exsudatives, sous les croûtes, par mille pertuis très fins (vésicul histologiques ouvertes : eczématisation), à peine visibles à la lou

Il faut interpréter ces cas comme une eczématisation, née au-dess et à l'occasion d'un pityriasis stéatoïde à développement floride. L' zématisation étant une des réactions cutanées les plus ordinaire toutes excitations morbides ou thérapeutiques.

Le traitement donne des résultats excellents et rapides ; la guéri survenant, d'ordinaire, en 3 à 6 semaines, dans les meilleurs c Ces cas se divisent en deux groupes.

La peau est robuste et alors on traite par les soufres, les mer riaux.

Cinabre	1 gramme.
Soufre précipité	3 grammes.
Vaseline	30 —

Ou bien la peau est sensible et les goudrons alors font mervei

Huile de cade	10 grammes.
Lanoline	30 —
Ichtyol	
Résorcine	āā 1 gramme.
Huile de bouleau	

Dans les cas douteux, on essaie des pommades des deux types, m à doses minimes et sur des surfaces limitées. Le malade continue se traiter avec celle qui réussit le mieux. Le pronostic de cette aff tion est donc, en général, excellent, mais elle peut récidiver. outre il y a des cas rares qui débutent de même, et évoluent vers type des dermatites rouges plus ou moins graves ou chroniques, qui impose quelque réserve (p. 663).

ECZÉMA IMPÉTIGINEUX

Il y a des cas qui débutent comme ceux dont la description préc mais qui évoluent aussitôt vers un type clinique bien plus exsudati croûteux. Le cuir chevelu est promptement dépassé, l'exsudation cantonne autour des oreilles, aux joues, etc. Cela survient ordinai ment chez des jeunes gens ou jeunes filles à type chlorotique. devra rechercher l'hypoacidité urinaire, l'albuminurie vraie digestive, intermittente, traiter l'état général (p. 13).

Le traitement local, par le nitrate d'argent au 1/15 et les p couvrantes, donne des résultats variables, comme dans le même morbide chez l'enfant. *Les pommades douces, au goudron*, con

-lles qu'on emploie contre le type clinique précédent, donnent aussi de ons résultats. Ces types cliniques demandent quelques tâtonnements érapeutiques. Dans ces cas, j'ai souvent retiré de très bons effets une cure à Saint-Gervais, quand la lésion est prurigineuse; d'une ure à Saint-Nectaire, quand on a pu mettre en évidence l'albumiurie, même intermittente, orthostatique ou digestive.

ECZÉMA SEC

L'eczéma au cuir chevelu a toujours pour caractéristique de ne pas e limiter aux régions pilaires. Leurs frontières sont pour lui comme i elles n'étaient pas. Les squames de l'eczéma sec sont de deux sortes : u bien elles sont poudreuses, fines, micacées, toutes égales, elles orment de grands placards pariétaux, le sommet de la tête demeurant indemne; ou bien elles font, de préférence, des squames croûtes apyracées, jaunâtres dans la profondeur, trahissant une sourde ropension à l'exhalaison séreuse aussitôt concrétée. Ce deuxième type conduit à la fausse teigne amiantacée de Devergie (p. 201), qui ne me paraît qu'une modalité d'eczéma.

Cet eczéma diffère microscopiquement du pityriasis en ce fait que ses squames, à l'examen bactériologique direct, ne montrent aucune flore quelconque et pas de spores de Malassez.

Le traitement de ces eczémas comme celui de beaucoup d'affections aractérisées par l'hyperkératose et la dyskératinisation consiste en pplications de pommades goudronnées très douces, appliquées le soir savonnées le matin au blaireau à barbe avec un savon surgras.

Huile de cade	} āā	5 grammes.
Oxyde de zinc		
Lanoline	} āā	15 grammes.
Vaseline		
Ichtyol	} āā	1 gramme.
Résorcine		
Huile de bouleau		

Le pronostic de ces eczémas est ordinairement bénin et la guérison pide.

PSORIASIS

Le psoriasis (p. 592) peut n'exister qu'au cuir chevelu exactement. is le fait est rare. Même dans les cas où on le croit tout d'abord lé au cuir chevelu, on trouve le plus souvent, soit aux coudes et aux

genoux, soit au bas-ventre, au fourreau de la verge, quelque pl
isolé qui certifie le diagnostic.

Les caractères du placard de psoriasis restent au cuir che
qu'ils sont ailleurs. C'est une plaque écailleuse sèche, à
plâtreuse, adhérente, dont l'ablation n'enlève presque jamais
des cheveux qui la traversent, et découvre un épiderme ro
recouvert d'un très fin pointillé hémorragique.

Ce placard peut être de 1, 10 et 15 centimètres de diamètre,
jamais il n'est de grandes dimensions sans coexistence d'un psor
évident du corps. Dans les cas de psoriasis très généralisé, les plac
squamo-croûteux sont confluents et peuvent couvrir le cuir chev
entier d'une épaisseur de plus d'un centimètre. Les cheveux gardent
leur nombre normal et traversent la croûte comme si elle n'était pas.
Le psoriasis du cuir chevelu partage le pronostic du psoriasis du
corps. C'est une affection à récidives fréquentes. Mais les récidives, là
comme ailleurs, se produisent en raison directe du peu de soin et de
constance avec lesquels le traitement a été suivi. En résumé le psoriasis
du cuir chevelu est, en règle ordinaire, un épiphénomène au cours
d'un psoriasis du corps.

Mais il existe une série de lésions, psoriasiformes de dimensions
et d'aspect, dont la croûte semble pourtant plus grasse que celle du
psoriasis ordinaire. Cliniquement, ces cas et leurs variétés rejoignent
le psoriasis vrai aux formes figurées et nummulaires du pityriasis
stéatoïde à développement floride. Cette chaîne ininterrompue a donné
lieu aux explications doctrinales les plus hasardées et à l'identification
du psoriasis ordinaire aux pityriasis sous le vocable « eczéma séborrhéique ». C'est le microscope qui tranche ces questions. Il montre que
la plupart des « eczémas séborrhéiques psoriasiformes » ou « séborrhéides psoriasiformes » ont des croûtes dont la structure histologique
est celle des croûtes psoriasiques vraies et qu'en outre elles n'ont pas
la flore spéciale aux pityriasis. Ce sont des psoriasis un peu atypiques.

Le traitement des psoriasis par les goudrons est classique. Plus les
croûtes seront épaisses et sèches, et les lésions chroniques, plus on
ajoutera, aux goudrons, des mordants comme l'acide pyrogallique ou
la chrysarobine. Plus au contraire les croûtes seront grasses, plus on
sera conduit à incorporer du soufre à la pommade.

POMMADE TRÈS ACTIVE

Lanoline	}	āā 20 grammes.
Huile de cade	}	

Acide pyrogallique	ãã	1 gramme.
Chrysarobine		
Turbith minéral		

POMMADE MOYENNE

Lanoline		30 grammes.
Huile de cade		10 —
Bioxyde jaune Hg	ãã	1 gramme.
Résorcine		
Acide pyrogallique		75 centigrammes.

POMMADE DOUCE

Huile de cade		10 grammes.
Lanoline		30 —
Résorcine	ãã	1 gramme.
Ichtyol		
Huile de bouleau		

POMMADE CONTRE LE PSORIASIS A CROUTES GRASSES

Huile de cade		10 grammes.
Lanoline		30 —
Ichtyol	ãã	1 gramme.
Résorcine		
Huile de bouleau		
Cinabre	ãã	1 —
Soufre précipité		

Aucun traitement interne du psoriasis ne donne de résultats appréciables, constants.

PELADE CHEZ L'ADULTE

La pelade est l'un des sujets dermatologiques qui demeurent encore plus obscurs. Je partagerai ce chapitre d'après les faits de mon servation clinique.

α. **Pelade des syphilitiques héréditaires.** — Il existe une pelade s vieux syphilitiques ou des syphilitiques héréditaires. Dans ce der-r cas, elle commence autour de la vingtième année, quelquefois mme récidive d'une pelade bénigne de l'enfance. L'individu pré-de ordinairement des stigmates nets d'hérédité spécifique : dystro-es dentaires (dents d'Hutchinson, dents striées, dents rouillées, ts difformes, molaires à cuspides dépourvus de dentine, etc., etc.), iis ogival, prognathisme de la mâchoire inférieure, profil concave, en croissant de lune, crâne natiforme, nanisme, surdité par ossi-ion tympanique, kératite interstitielle, déformations tibiales en

lame de sabre, etc. Les commémoratifs familiaux rappellent chez la mèr des fausses couches, des morts-nés, des enfants morts de convulsio dans l'enfance; souvent le sujet est le premier survivant après les mort



Fig. 105. — Pelade décalvante presque totale chez une naine présentant tous les stigmates de l'hérédité spécifique. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

nés. Le père est quelquefois mort de tabes ou d'atrophie musculai progressive ou d'épilepsie ayant débuté à 50 ans, (?) etc., etc.

Cette pelade est ordinairement une maladie grave. Elle peut touch toutes les phanères : ongles des pieds, des doigts, accompagnant la pe de tout poil, des cils. Très ordinairement elle affecte la forme de pelade perpétuelle (de E. Besnier) à récidives et à repousses partiel

santes. Le traitement paraît d'efficacité nulle, local ou général, et
e le traitement syphilitique, que je n'ai jamais pu essayer du reste
rigoureusement, les malades n'en comprenant pas les raisons.

Pelade des tuberculeux chroniques. — Il existe certainement
pelade des tuberculeux pulmonaires chroniques. Elle est, comme



Fig. 104. — Pelade du bras droit chez un grand peladique à récidives perpétuelles.
(Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

écédente, d'une fréquence assez grande. Elle coexiste toujours
une tuberculose du sommet, connue ou méconnue, mais recon-
ble, et semble due à la compression du ganglion sympathique
cique supérieur par des adhérences pleurales (Jacquet). Il semble
e soit plus l'inflammation de voisinage que la compression du
ion par sclérose qui soit en jeu, car c'est une pelade qui guérit du
pas que la tuberculose pulmonaire et partage ses fluctuations.

Elle guérit souvent incomplètement. Cette pelade a la forme de l'ophiasis de l'enfant : pelade occipitale et circonférentielle. Elle s'accompagne souvent de plaques amorphes peladiques, disséminées à travers le cuir chevelu, mais plus fréquentes sur le segment occipital de la tête.

Le traitement est celui de la tuberculose. On peut y joindre une révulsion locale dont la valeur dans ces cas est discutable.

c. **Pelade de la ménopause, ou de la période d'involution.** — Chez l'homme ou chez la femme de 50 ans, à cheveux grisonnants, s'observe une pelade (assez rare), en plaques amorphes, plus ou moins nombreuses et grandes, occupant les pariétaux, les régions frontales latérales, quelquefois l'occiput, mais ordinairement sans élection régionale.

Cette pelade respecte relativement les cheveux blancs, sur les places alopéciques. Son extension dure 7 à 8 mois, sa régression progressive presque autant. Elle guérit presque toujours complètement et parfaitement en 18 mois. Sa cause est inconnue ; traiter successivement tout ce que l'on observe de défectueux dans le sujet, traiter par l'opothérapie ovarique la femme dont les règles ont disparu récemment, etc....

Le traitement local reste la révulsion sans plus. Son effet est inconstant, et lent.

d. **Pelades graves ou bénignes de cause inconnue.** — Elles sont l'immense majorité. Tantôt elles débutent par des plaques rondes, à surface grasse, à infection séborrhéique folliculaire, qui peuvent se multiplier, s'étendre et fusionner. Tantôt elles débutent par l'occiput, suivant le type le plus ordinaire chez l'enfant. Elles évoluent d'une façon tantôt bénigne et tantôt grave, peuvent même se généraliser, aboutir à la décalvante totale ; ou bien bénignes, elles peuvent récidiver, tôt ou tard après la première atteinte, avec une gravité identique ou différente.

Les pelades bénignes montrent une ou deux taches alopéciques dont l'extension s'arrête après 3 ou 4 semaines, et sur lesquelles la repousse de follets puis de cheveux normaux se fait promptement. Les pelades graves ont des plaques énormes, d'évolution lentement ou rapidement progressive ; elles s'accompagnent d'une flaccidité plus ou moins marquée de la peau (hypotonie de Jacquet) et de son apparence sénile progressive, enfin de lésions unguéales qu'on observe dans un tiers des cas (p. 457).

Aucune théorie n'explique la pelade chez l'adulte pas plus que chez l'enfant.

On ne comprend que la pelade des tuberculeux et au moyen d'une hypothèse qui n'a pas encore été assez vérifiée. La pelade chez l'hérédosyphilitique est un fait d'observation dont le mécanisme reste incompris. Toutes les autres sont encore moins expliquées. La théorie de l'origine névralgique et dentaire de la pelade (Jacquet) est peut-être applicable à certains cas que je crois au moins rares. Car un très grand nombre de cas de pelade grave s'accompagnent d'onychoses peladiques quand on sait les diagnostiquer. Il serait difficile d'admettre les onychoses d'origine dentaire surtout aux pieds. Et il est probable, par la comparaison à ce sujet des pelades graves et bénignes, que les pelades qui ne s'accompagent pas d'onychose, doivent l'absence de ce symptôme à leur seule bénignité. L'infection séborrhéique de certaines pelades, particulièrement de celles qui s'accompagnent d'hypotonie est certaine. Mais on n'a pu prouver jusqu'ici l'importance de cette infection dans la genèse de la pelade. Et les pelades infantiles ne s'en accompagnent jamais.



Fig. 105. — Flaccidité tégumentaire, « Hypotonie » de Jacquet dans la pelade totale. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)



Fig. 106. — Pelade décalvante totale. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

La contagion de la pelade semble vraiment nulle et en tous cas *peut pratiquement être comptée comme nulle*. Toutes les épidémies de pelade que les dermatologistes ont voulu étudier par eux-mêmes étaient des épidémies d'erreurs de diagnostic, des épidémies d'impétigo alopécique (p. 205) ou des épidémies de teigne (p. 210). La pelade familiale qui est fréquente n'indique pas plus que le psoriasis familial, la contagion.

Le traitement général doit s'adresser à tous les points que l'on remarque anormaux dans la santé du malade. On doit prescrire la suralimentation à ceux qui maigrissent, aussi bien que le régime à ceux qui engraissent, etc.

Le traitement local garde sa valeur dans tous les cas bénins et moyens et même dans beaucoup de cas très graves ; ainsi des frictions quotidiennes toniques et excitantes sur tout le cuir chevelu avec des lotions du type suivant :

Alcool à 90°	225 grammes.
Alcoolat de lavande	25 —
Eau distillée	50 —
Nitrate de potasse	50 centigrammes.
Acide acétique cristallisable	4 grammes.

Des applications locales irritantes comme des pommades soufrées, résorcinées, salicylées sur la plaque et son pourtour, ou bien de petites frictions irritantes quotidiennes des types déjà connus sont des préparations vraiment utiles.

α.	Acide lactique	10 grammes.
	Alcool à 60°	50 —
β.	Acide acétique cristallisé	1 gramme.
	Liqueur d'Hoffmann	40 grammes.
γ.	Teinture d'iode	5 grammes.
	Benzine rectifiée	50 —

Il est utile aussi de les alterner et changer de temps à autre ; le cuir chevelu semblant s'y habituer peu à peu.

Dans les pelades graves et diffuses, ou en plaques innombrables, d'éclosion et développement rapides, les pommades au goudron de cade m'ont rendu d'excellents services. Elles sont plus faciles d'application chez l'homme que chez la femme et doivent être savonnées ou nettoyées chaque lendemain de leur application.

Le pronostic s'appuie sur le nombre des plaques, leur dimension, leur rapidité ou lenteur de développement, l'amincissement ou l'œdème de la peau à leur niveau, l'évolution des atteintes antérieures, la réaction cutanée aux médicaments, etc. Il doit toujours être réservé. Chez les tuberculeux il est celui de leur tuberculose. Chez les hérédo-syphilitiques je l'ai toujours vu détestable.

PSEUDO-PELADE DE BROCQ

aladie n'a rien de commun avec la pelade. C'est une atro-ulaire, cicatricielle, en petits îlots disséminés sur le cuir sur une région du cuir chevelu. Elle s'observe plutôt à 'âge adulte. J'en ai vu pourtant un cas à 12 ans. Elle est sexes. Le cheveu un processus de lliculite expulsive alogue à celle de ycosis non tricho-le la barbe. Le che-s'épile facilement, ne vitreuse; il peut rophique, cassant, ou normal. Il ne re-et sa place s'efface. nstituent des sur-. lisses, brillantes, geâtres, plus tard un peu aplaties et Ces îlots très irré-morphes, en s'éten-oignent, et fusion-faire de plus urfaces glabres; à e on observe de-ci



Fig. 107. — Pseudo-pelade de Brocq. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

ques bouquets de deux ou trois cheveux sains ou malades, anciennes bordures de séparation des primitifs îlots dis-maladie s'étend lentement et arrive en 10 et 15 ans à dé-s régions entières, le vertex ou plus souvent une ou les riétales. Cette maladie est irrégulière, asymétrique: sa t quelquefois rémittente, plus ordinairement progressive. pousse ne peut s'espérer sur les surfaces glabres qui sont squ'elles sont cicatricielles. L'origine de cette maladie est inconnue. La thérapeutique n'a comme moyen que les appli-frées de toutes formes, qui retardent l'évolution de la mala-arvenir même à garantir la conservation de l'état actuel. Le

soufre peut être appliqué en poudre, lotions, pommade. Entre la pseudo-pelade de Brocq et la kératose pilaire, les sycosis secs et surtout les acnés décalvantes chroniques, il y a des cas cliniques intermé-diaires en série ininterrompue.

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

Le cuir chevelu est l'un des sièges de prédilection du lupus érythé-mateux. Il y existe sous sa forme la plus typique, celle que Devergie avait appelée *herpès crétacé*. Une ou plusieurs taches irrégulières découpées nettement dans le cuir chevelu et tout à fait chauves chacune ayant un fond rouge vif et un bord de squames crayeuse adhérentes. Ces taches sont nettement sensibles à la percussion; elle sont ordinaire-ment un pe concaves, conduisent d'ailleurs à l'a-trophie cicatri-cielle de l peau sans avoi été jamais ul-cérées.



Fig. 108. — Lupus érythémateux du cuir chevelu. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1601.)

Les tache ont toutes le formes et di-mensions. Le unes, que l bout du doigt couvrirait, sont disséminées, souvent autour de tach plus grandes. Les plus grandes sont ordinairement rassemblées l'u près de l'autre au vertex. Ce sont toujours des lésions discrètes; on trouve une seule grande de cinq centimètres sur trois de large, deux analogues et deux ou trois petites, distinctes, rarement plus.

Ce sont des lésions torpides, chroniques, lentement extensives une fois faites, stationnaires. Il en peut guérir spontanément, le est rare.

Tout moyen thérapeutique comparé à la radiothérapie est nul, peu près. Il faut ordinairement pour la guérison d'un placard de lu

érythémateux trente à trente-cinq unités H de Holtznecht, ou sept teintes B de notre radiomètre X, ce qui suppose sept séances à quinze jours d'intervalle. Il existe des lupus érythémateux plus résistants et qui ne semblent guérir qu'après une radiodermite de 2 mois, c'est-à-dire une double teinte B en une seule séance. Ces faits sont encore à l'étude et ne devraient pas encore être pris comme règle. Les emplâtres mordants salicylés-pyrogalliques à 1/10 maintenus sur place jusqu'à l'escarre ont donné quelques résultats. Faute de moyens radiothérapiques il faudrait s'en souvenir.

LICHEN PLAN CORNÉ ATROPHIQUE

Ces lésions rares peuvent exister en tous points du corps. Ce sont de petites papules saillantes, irrégulières, brunes, très analogues d'aspect aux nævi verruqueux, ayant un début insidieux, sans symptômes fonctionnels, une période d'état, où les lésions sont recouvertes d'une squame adhérente cartonnée, une période de régression se terminant par cicatrices brunes et pigmentées. Ce sont des lésions qu'on peut observer chez des malades atteints de lésions dermatologiques autres : pelade, psoriasis. La durée des lésions est de 5 à 10 ans et plus. L'une vient, l'autre s'en va, irrégulièrement. Elles sont toujours très discrètes; on en rencontre cinq à dix en évolution, une ou deux aux jambes, aux bras, au cuir chevelu. Leur nature tuberculeuse ou toxi-tuberculeuse me semble cliniquement probable, sans que j'en aie aucune démonstration. Le traitement que j'essaierais à l'avenir serait celui du lupus érythémateux (voir plus haut). Ce sont des lésions rares et d'évolution tellement lente que les malades souvent les ignorent ou ne les traitent pas. Ne pas confondre cette affection avec la forme hyperkératosique du lichen plan d'E. Wilson (p. 625).

ALOPÉCIES POST-INFECTIEUSES

Toute infection un peu sérieuse, même apyrétique et chronique, comme l'entérite muco-membraneuse, quand elle est sévère, par exemple, présente une répercussion sur la chevelure. Je ne puis passer en revue toutes les maladies qui peuvent causer des alopécies. La *cachexie tuberculeuse* chez l'enfant s'accompagne de la formation sur tout le corps d'un duvet épais et remarquable. En même temps, un

très grand nombre de cheveux tombent et sont remplacés par des c
veux massués, très peladiques, mais de deux et trois centimètre
dimension. D'ensemble, ces chevelures sont clairsemées et laissent
la peau.

Les cachexies seules marquent sur la chevelure de l'enfant
fièvre typhoïde qui chez lui est rare; les fièvres éruptives marq
peu proportionnellement à leur gravité. Sur le cuir chevelu
l'adulte, elles ont une ré
cussion bien plus marquée



Fig. 109. — Alopécie post-érysipélateuse. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

C'est à partir de 15 ans
tout que les grandes pyr
sont suivies d'alopécies re
quables. Toutes s'en acco
gnent : rougeole, variole,
latine, oreillons, érysipèle
gines, grippes, et les gra
infections viscérales : pneu
nie, pleurésie, péritonites
pendicites. La fièvre typl
est la plus dépilante des
des infections. Une alo
analogue plus ou moins
quée peut survenir après
couches, même parfaites
leur suite infectieuse. Un
gère alopécie peut suivr
états dès qu'ils sont passés, particulièrement ceux qui, comme
sipèle, s'accompagnent d'une intense inflammation locale, mais
ont surtout une échéance fixe pour leur alopécie. Celle-ci suit sa
à 85 jours d'intervalle. D'un cas à l'autre il y a 5 jours en plus
moins.

Ces alopécies, ordinairement, durent 6 semaines avec un maxi
à la 2e et 3e semaine. Le taux de la chute, éminemment variable, s
dépendre de l'intensité de l'infection, de sa durée et de sa n
Quelques différences objectives pourraient être relevées entre
verses alopécies, si on les observait plus souvent. Car on rec
bien celle de la typhoïde, la plus marquée, la plus diffuse, l
complète et celle de la syphilis, alopécie pariétale en clairière.

Le mécanisme de ces alopécies semble être l'atrophie de la

cessation de sa fonction sous l'influence des toxines en circula- Le long temps qui sépare l'infection de l'alopécie, dépend de la ur de circulation et d'élimination des toxines, même les plus vio- s, et aussi de ce fait que le cheveu mort et détaché de sa base, te lentement dans le follicule, mais ne tombe pas immédiatement. thérapeutique de ces alopécies est toujours heureuse parce que ture suffirait à les réparer partiellement. La chute est toujours e de repousse, mais la repousse resterait souvent médiocre et nplète, livrée à elle-même. En outre, très souvent une alopécie tieuse amorce une alopécie pityrode (p. 233) qui continue ite et la prolonge indéfiniment. Toutes les lotions que nous avons nisées contre les pityriasis peuvent être utilisées contre les alo- s infectieuses. A la consultation de l'hôpital Saint-Louis, on crit souvent contre elles la lotion dite excitante.

Alcool camphré.	125 grammes.
Essence de térébenthine.	25 —
Ammoniaque liquide.	5 —

est d'un emploi extrêmement désagréable parce qu'elle salit et oisse les cheveux longs, il faut préférer des lotions du type :

Liqueur d'Hoffmann.	250 grammes.
Ammoniaque liquide.	4 —
Eau distillée	25 —
Chlorhydrate de pilocarpine	50 centigrammes.
Alcoolat de lavande.	25 grammes.

ien :

Acétone anhydre	ãã 125 grammes.
Alcool à 96°	
Alcoolat de romarin.	ãã 25 —
Teinture de jaborandi.	
Acide acétique cristallisé.	4 —
Formol commercial	1 —

peut en imaginer une foule d'autres.

semble utile de varier les formules employées, toutes les six se- es ou tous les trimestres, si l'on veut éviter une accoutumance ir chevelu qui se produit à la longue. Après une maladie infec- un peu grave, le traitement de l'alopécie et de la repousse con- ive dure utilement 6 à 7 mois.

SYPHILIS DU CUIR CHEVELU

Au cuir chevelu on peut observer :

A. L'alopécie syphilitique;

B. Les syphilides secondo-tertiaires;

C. Les gommes syphilitiques.

A. **L'alopécie de la syphilis** est du 5e au 8e mois. Elle doit suivre l'infection syphilitique totale à 3 mois d'intervalle, car beaucoup de caractères la rapprochent des autres alopécies infectieuses, et de fait, elle se manifeste souvent 2 mois 1/2 à 3 mois après la roséole. Mais toutes ces échéances ont quelque variabilité. On peut dire toutefois qu'il n'y a pas d'alopécie syphilitique hors de la première année de la syphilis.



Fig. 110. — Alopécie syphilitique un peu plus accentuée que d'ordinaire. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

Cette alopécie est si spéciale qu'elle a maintes fois fait faire le diagnostic d'une syphilis inconnue ou méconnue du malade. Elle est temporo-pariétale, diffuse, mais irrégulièrement diffuse, en sorte que, quand le sujet porte des cheveux courts, sa chevelure parait, en ces régions, criblée de coups de ciseaux maladroits. En chacun de ces points une petite touffe de 12 ou 15 cheveux a disparu, laissant une *clairière*; même chez la femme à cheveux longs, ces clairières sont encore reconnaissables. Si l'on regarde les sourcils, ils sont sabrés de hachures parallèles; les ganglions cervicaux sont gros; on regarde la bouche et on trouve des plaques muqueuses. Ou bien l'examen général du malade montre la trace indurée du chancre, la pléiade, quelquefois la roséole encore visible, etc.

'alopécie syphilitique porte sur tout le poil du corps, mais nulle t aussi visiblement qu'au cuir chevelu et aux sourcils (p. 155). dure 6 à 8 semaines et est constamment suivie de repousse ntanée; mais, chez le jeune homme, souvent cette alopécie se ntinue sans interruption avec une alopécie séborrhéique du vertex 'elle amorce à sa suite.

Le traitement local de l'alopécie syphilitique est celui des alopécies fectieuses. Son traitement général est celui de la syphilis seconire. Même si la syphilis n'est pas traitée, l'alopécie syphilitique est ivie de repousse, aussi régulière, ce qui peut donner aux malades e fausse sécurité. Cela ne prouve rien quant au pronostic ultérieur la syphilis en cause.

B. **Les syphilides secondaires du cuir chevelu** sont de plusieurs rtes : macules de roséole, papules secondaires, elles ne sont que s épiphénomènes au cours de la syphilis secondaire; dans un cas urtant, j'ai vu ces papules être chacune le centre d'une aire alopéique; ce cas est une exception. Des lésions plus intéressantes sont s corymbes papuleux ou papulo-ulcéreux de la syphilis secondaire aligne (encore un épiphénomène au cours d'une syphilis secondaire rave), et surtout les syphilides secondo-tertiaires, qu'on peut voir voluer solitairement au cuir chevelu ou en concomitance de lésions nalogues du cou, du visage, de la barbe.

Elles peuvent survenir à des années de distance du début de la aladie, après dix et quinze ans. Elles sont caractérisées par la topoaphie de leur distribution, en cercles de 6 ou 8 papules, ou en emi-cercle, ou en fer à cheval, mais toujours suivant un dessin guré. Le cercle est marqué partout, mais il faut qu'on le recherche; s papules sont disséminées sur lui et chacune très visible, rouge, che ou écailleuse, psoriasiforme, ou ulcéreuse et croûteuse. Je pète que c'est la topographie des lésions qui fait faire le diagnostic fférentiel. On le confirme par l'examen attentif de chacune qui ne ut être ni du psoriasis, ni de l'acné, ni de l'acné nécrotique, etc. nquête rétrospective met hors de doute l'existence d'une syphilis térieure. Le traitement local par les pommades :

Minium	} ãã	1 gramme.
Cinabre		
Vaseline		30 grammes.

par les emplâtres : emplâtre de Vigo ou emplâtre rouge, est d'effet

local à peu près nul. C'est le traitement interne par les injections quotidiennes de biiodure hydrargyrique à 2 centigrammes, ou hebdomadaires d'huile grise à 0,07 centigrammes, qui fournissent les meilleurs résultats. Ce traitement doit être continué un peu longtemps, car il révèle une vieille infection persistante.

C. **Gommes et séquestres syphilitiques.** — La syphilis tertiaire peut se traduire au cuir chevelu par des gommes et des séquestres osseux. Ce sont des cas rares, non pas exceptionnels. La gomme naît avec l'apparence d'un abcès auquel manquent les signes fonctionnels de chaleur locale et douleur.

Ouverte, elle garde les caractères qu'elle a partout : l'orbicularité ou la forme en croissant de son ulcération, son bourbillon jaune verdâtre, le sillon progressif entre lui et la paroi, et le cratère profond qui résulte de son élimination; tout cela est caractéristique.

Le séquestre commence, plus souvent par la surface que par la profondeur, sous forme d'une syphilide ulcéreuse térébrante que par une gomme. Ces deux débuts sont possibles. Lorsque l'ulcère découvre le séquestre, l'aspect ulcéreux, anfractueux de la plaie, l'odeur effroyable des suppurations osseuses, tout fait cette lésion horrible. Au début, la formation du séquestre peut être douloureuse, elle est plus souvent indolore. L'élimination du séquestre est assez prompte si l'on débride la plaie autant qu'il est nécessaire pour en permettre l'extraction. Pourtant, l'encastrement du séquestre peut obliger à un dégagement chirurgical. Ces lésions interminables de durée quand leur nature est méconnue, guérissent en quelques semaines de traitement mixte bien dirigé (p. 726). A défaut du traitement par injection, se rappeler qu'on en a beaucoup guéri avec les traitements anciens, avant que les injections fussent inventées. Sirop de Gibert ou liqueur de Van Swieten, avec iodure de potassium, 1 à 4 grammes par jour.

Le traitement local est à peu près de nulle valeur.

CUIR CHEVELU A L'AGE MUR

L'âge mûr présente fréquemment des eczémas *secs, squameux, pityroïdes et les eczémas rouges dits « des arthritiques »* .	Eczémas secs . . . p. 258.
... de même beaucoup de dermites *artificielles* traumatiques *parmi lesquelles certaines proviennent de teintures malsaines*.	Dermites traumatiques. . . . . . p. 259.
C'est à l'âge mûr aussi, et plus souvent chez la femme, que l'on observe au cuir chevelu les prurits *sans lésions objectives*.	Prurits alcooliques. p. 260.
*Le cuir chevelu, comme le visage, est l'un des sièges d'élection de l'*acne rodens, *nécrotique, varioliforme*.	Acné nécrotique. . p. 261.
... et de cette acné polymorphe *de développement anormal qu'on observe chez les ouvriers occupés à la fabrication* du chlore.	Acné chlorique. . . p. 262.
Après avoir présenté ces divers types morbides, nous nous occuperons de l'évolution ultime de la calvitie vulgaire et des complications qu'elle peut présenter . . .	Évolution ultime de la calvitie. . . . p. 263.
Parmi ces complications, nous étudierons le pityriasis figuré, *circiné ou marginé, poly-micro-cyclique qui n'évolue guère que sur le cuir chevelu des chauves*	Pityriasis circiné des chauves. . . p. 264.
*... Et l'*atrophie scléreuse *des follicules, aboutissant à leur disparition par cicatrice, soit sur les cuirs chevelus déjà chauves, soit sur le cuir chevelu des femmes*. . . .	Alopécie par sclérose folliculaire. p. 264.
*Et nous étudierons, spécialement chez la femme, la plaque d'*alopécie en tonsure *qui s'observe souvent chez elle à partir de 45 ans*.	Alopécie en tonsure de la femme. . . p. 265.
Il existe chez l'adulte, et même à l'âge mûr, dans des cas rares, une folliculite chronique, *en placards, analogue à l'impétigo de Bockhart chronique de l'enfant* . .	Folliculite chronique. . . . . . p. 266.

Ce processus, comme beaucoup d'autres, aboutit à la cicatrice. Nous passerons ensuite en revue les principales causes des cicatrices que l'on peut rencontrer sur le cuir chevelu.	**Cicatrices.** . . . . p. 267
Pour terminer nous consacrerons quelques mots à des processus dermatologiques de peu d'importance en ce siège mais qu'il faut néanmoins connaître, diagnostiquer et traiter.	**Molluscum contagiosum** . . . . . p. 268. **Verrues**. . . . . . p. 268. **Kystes sébacés**. . . p. 268. **Épithéliomas** . . . p. 269.

ECZÉMA SEC

Plus l'individu avance en âge, plus les eczémas qu'il présentera seront en général secs, rouges et squameux, moins ils seront suintants, impétigineux (¹).

L'homme, surtout obèse, ayant gardé tous ses cheveux ou au moins une demi-chevelure, présente souvent de l'eczéma sec des régions restées chevelues. Cet eczéma se caractérise par des démangeaisons excessives, revenant surtout par accès, 2 ou 3 fois le jour, particulièrement le soir. Ces démangeaisons produisent la chute de pellicules sèches. Après chaque accès, le doigt, posé à plat sur le cuir chevelu, trouve la peau moite. En regardant de près, on observe en effet une exsudation infime qui se produit par des orifices punctiformes, et sèche entre les squames sans les transformer en croûtes. La peau, plus chaude que celle des régions voisines, est épaissie par un œdème dur qui ne garde pas l'empreinte des doigts.

Dans tous les cas graves, cet eczéma, quoique plus marqué dans les régions pilaires, dépasse les limites du cuir chevelu et le déborde en déterminant au cou, au visage, aux paupières, des lésions très analogues. Cet eczéma a des formes plus exsudatives, d'autres plus squameuses, d'autres caractérisées par une infiltration tégumentaire plus accusée.

Comme tous les autres eczémas celui-ci n'a pas une cause étiologique déterminée. On incrimine dans sa genèse la diathèse arthritique (on sait combien ce mot est vague et de définition impossible).

(¹) Il reste entendu que toute forme d'eczéma peut s'observer à tout âge, mais j'énonce ici comme partout en ce volume des généralités.

l'examen attentif de l'état général fournira souvent des indications importantes pour le traitement du malade. On prescrira les alcalins aux hyperuriques, les eaux lavantes aux oxaluriques, à ceux dont les urines contiennent du skatol et de l'indican. On régularisera la digestion gastrique et intestinale par les moyens appropriés : carbonate de chaux, hydrate de magnésie, laxatifs salins, purgatifs drastiques, etc.

Le traitement local comprend l'usage des topiques couvrants et des goudrons. On peut formuler ainsi par exemple :

Huile de cade.	ãã 5 grammes.
Oxyde de zinc.	
Ichtyol.	ãã 1 à 5 grammes.
Résorcine	
Huile de bouleau	
Vaseline	30 grammes.

mais, suivant la tolérance du sujet, on diminuera les principes actifs : goudrons et résorcine, ou bien on augmentera leurs doses. Suivant le cas aussi, on savonnera aux savons très doux pour enlever la pommade, ou bien on évitera le savon, et on enlèvera la pommade avec de l'huile d'amandes douces fraîche, etc. Ainsi de suite.

DERMITES ARTIFICIELLES

Les dermites artificielles, au cuir chevelu comme ailleurs, peuvent avoir toutes causes, mais j'envisagerai les plus ordinaires.

Les lotions à l'essence de térébenthine, au salol, au naphtol, à la teinture de cantharides, de capsicum, etc., en sont les causes les plus fréquentes ; avec les applications de soufre ou de sulfures alcalins, en poudres, pommades, lotions, etc. On sait que le cuir chevelu rougit peu, et que sa rougeur est difficilement visible. Mais le malade accuse une sensation de chaleur, de cuisson, de prurit, la peau sensible et comme contractée. Toujours le malade accuse une douleur aux deux ganglions sous-occipitaux. Ces dermites peuvent êtres sèches et desquamantes ; cela est rare. Elles sont ordinairement rouges ; plus marquées, elles sont suintantes, sur tout le cuir chevelu ou sur une région seulement. Les teintures, particulièrement celles dont le fixateur est un sulfure alcalin, ou encore celles qui ont pour agent principal la paraphénylène-diamine, agissent exactement de même que les médicaments traumatisants. Leurs effets sont identiques et il n'y a pas de réaction cutanée différente dans chaque agent de traumatisme.

Il est remarquable de voir pour les dermites des teintures et les dermites causées par les poudres, pâtes ou pommades, l'irritation dépasser de beaucoup les limites du cuir chevelu et gagner le visage, les tempes, les régions rétro-auriculaires, les parties antéro-latérales du cou et même envahir le tronc. Ces réactions dépendent non seulement de l'agent traumatisant et de sa dose, mais, et surtout, de la peau sur laquelle on l'applique. Telle peau s'irrite avec les topiques les moins violents, telle autre avec les plus irritants ne réagit pas. Il y a des peaux irritables, *eczématisables*. Les peaux qui présentent de ces dermites artificielles ont eu souvent de l'eczéma « spontané » jadis ou en auront dans l'avenir.

Le traitement comporte l'ablation des topiques irritants quels qu'ils soient. Le nettoyage avec de l'huile d'amandes douces fraiche et des boulettes d'ouate hydrophile y suffit le plus souvent. Après cela on applique des pommades et crèmes couvrantes, ou même, si l'intolérance existe pour elles, les onctions avec de la panne de lard fondue (axonge absolument fraiche), calment d'ordinaire l'irritation en peu de jours, à moins que le traumatisme n'ait été que l'occasion de faire éclore un eczéma prêt à naître et se développer tout seul.

PRURITS SANS LÉSIONS

Les prurits sans lésions s'observent en tous sièges et pour des causes bien différentes. Il en est de même au cuir chevelu. Mais, en général, les prurits du cuir chevelu s'observent chez la femme, à l'âge moyen et ils ont l'alcoolisme pour cause.

A l'examen on trouvera un cuir chevelu net, non pelliculaire, sans aucune lésion. Pourtant la malade, dont le regard a souvent une fixité étrange et une expression un peu hagarde, accuse un prurit, marqué au point qu'il la réveille, et des démangeaisons intolérables : « C'est comme des bêtes qui courent, qui piquent, etc... »

La malade a des cauchemars, des rêves d'animaux, d'incendies, de noyades, de chutes dans un trou, etc. Le matin elle tousse, crache, a des nausées, (pituites). Ses mains étendues et ouvertes tremblent, etc. L'éthylisme dans ces cas est indéniable.

Prescrire localement une lotion volatile et additionnée de menthol au 1/100 ou au 1/200. Mais prescrire surtout un régime : Prendre au réveil un grand bol de tisane de chicorée sauvage ou de lierre ter-

-e, etc. C'est le procédé de la dilution (Gaucher). Dans ce même prescrire l'eau de Vichy, le lait et un régime alimentaire dans el on insistera, non pas sur la suppression de l'alcool, ce qui oquerait des révoltes et des négations. Mais la suppression *de toute son fermentée*, quelle qu'elle soit : Bière, vin, etc. « *et à plus forte on de tout alcool* ». « Pour certains nerveux tout alcool est un on, etc... Dans 3 mois de ce régime tous les symptômes auront aru, etc. » Ce qui est vrai.

ACNÉ NÉCROTIQUE

ans ses formes ordinaires et moyennes, l'acné nécrotique est une adie qui n'envahit que les frontières temporo-frontales du cuir velu, chez l'homme de 45 à 50 ans. Dans ses formes plus intenses, ne connaît pas d'âge et pas de limites. On la voit couvrir le cuir velu dès 30 ans. C'est une maladie paroxystique qui récidive de 10 fois l'an d'une façon plus ou moins intense. Chaque poussée ntrant de 10 à 200 lésions. Chaque lésion est une pustule plate, biliquée, circumpilaire, évoluant sans s'ouvrir, séchant sur place s forme d'une croûte discoïde qui tombe après longtemps, avec le l qui la centre, en laissant à sa place une cicatrice varioliforme. st comme un impétigo de Bockhart de l'adulte dont les éléments aient nécrosants. Chaque poussée s'accompagne, comme la poussée npétigo de Bockhart, d'une adénite double sous-occipitale doulou-se. L'anatomie et la bactériologie rattachent étroitement, dans sa ure, sa structure et sa cause, la pustule d'acné nécrotique à celle l'impétigo de Bockhart (*impetigo rodens*, de Hillairet-Gaucher). ne et l'autre sont causées par le staphylocoque doré, mais dans né nécrotique l'infection staphylococcique se greffe sur l'infection illaire séborrhéique primitive.

'acné nécrotique peut être récidivante à l'excès, et chaque récidive d'une extrême intensité. C'est alors une dermatose des plus sé-ses et des moins aisément curables. Peut-être l'état général du ent est-il pour quelque chose dans ces récidives incessantes me on voit une glycosurie rendre une furonculose chronique. on ignore tout de ce trouble général hypothétique et de son ement.

e traitement local reste celui de l'acné et de l'impétigo de

Bockhart : Pommades soufrées (1) ou soufrées mercurielles (3), o soufrées cadiques (4), lotions soufrées (2). Tout réussit contre la pous sée et tout échoue contre les récidives. Ainsi les malades qui guérisse sans récidives, et il y en a, ne doivent pas leur guérison totale à le seul traitement, mais à la bénignité de la maladie ou à la valeur d leur défense leucocytaire propre.

1.	Lanoline	25 grammes.
	Soufre précipité.	1 gramme.
	Résorcine.	1 —
	Vaseline	30 grammes.
2.	Soufre précipité.	10 —
	Alcool à 60°.	20 —
	Eau de roses	70 —
3.	Soufre précipité. . . . . } ãã	1 gramme.
	Cinabre. . . . . }	
	Vaseline	30 grammes.
4.	Huile de cade.	10 —
	Soufre précipité.	1 gramme.
	Résorcine.	1 —
	Lanoline	20 grammes.

ACNÉ CHLORIQUE

J'ai mentionné l'acné chlorique à propos des acnés du visage (p. 17) C'est l'acné polymorphe des ouvriers qui travaillent à la préparatio du chlore. Sur une séborrhée généralisée, microbacillaire, évolue toutes les formes d'acné polymorphe, principalement, d'acné comédo et d'acné kystique. Cette séborrhée atteint au cuir chevelu non seul ment le vertex, mais les régions temporales, rétro-auriculaires et nuque. Ce qui est intéressant dans cette séborrhée géante, c'est qu partout où existent au cuir chevelu les cylindres microbacillair séborrhéiques, le cheveu tombe. Il s'ensuit une alopécie diffuse et grandes clairières de toutes régions du cuir chevelu. C'est comme démonstration expérimentale de l'origine séborrhéique micro-bacilla de la calvitie vulgaire.

Le traitement est la suppression de la cause. Les bains sulfureux savonnages à l'eau sulfureuse et aux savons sulfureux, les p soufrées, les pommades soufrées et les lotions soufrées sont employ dans cette acné avec les mêmes résultats que dans l'acné p morphe ordinaire (p. 16).

ÉVOLUTION ULTIME DE LA CALVITIE

L'évolution ultime de la calvitie dépend entièrement de l'âge où elle a commencé. Quand elle était complète au vertex dès trente ans, à soixante-dix le cuir chevelu est réduit à une bande circonférentielle de cheveux fins, grêles, lanugineux, souvent à peine visibles. La calvitie du vertex s'est donc énormément agrandie, et s'est augmentée d'une alopécie complémentaire se dirigeant des bords du cuir chevelu vers son centre, et qui a remonté de deux doigts toutes les anciennes limites du cuir chevelu.

Dans les calvities du vertex incomplètes à trente ans, complètes à la cinquantaine, on peut observer la conservation intégrale des cheveux autour de la tête. Ordinairement ils sont clairsemés sur les tempes et autour des oreilles.

Ces calvities incomplètes peuvent se compliquer d'un pityriasis de retour, qui très souvent est un eczéma sec (p. 258), et non un pityriasis vrai (p. 251) et de toutes les éruptions : pityriasis circiné des chauves (p. 264), et acné nécrotique (p. 259) qui s'observent sur le substratum séborrhéique.

Enfin, très souvent, survient diffusément l'atrophie scléreuse et la disparition d'un grand nombre de follicules, ce qui n'est pas non plus un résultat de l'évolution séborrhéique normale, mais une complication de la séborrhée.

Beaucoup de ces complications ont leur traitement particulier, mais celui de la calvitie elle-même, à ces périodes, reste le même que les derniers dont nous avons parlé plus haut (p. 257).

On peut prescrire un savonnage tous les soirs avec un savon sulfureux ou soufré cadique, ou cadique et de l'eau chaude. Et le matin une friction alcoolique légèrement coaltarée et ammoniacale. Exemple :

Alcool à 96°	250	grammes.
Coaltar saponiné	25	—
Teinture filtrée de quillaya	25	—
Ammoniaque liquide	5	—

Dans les cas où le phénomène du flux séborrhéique est resté proéminent, une friction quotidienne avec un bouchon d'ouate hydrophile mouillé de *sulfure de carbone saturé de soufre* en fait promptement disparaître l'excès, et reste parmi les applications les plus simples et

malgré ses inconvénients (odeur momentanée, inflammabilité) l'une de celles qui est suivie du meilleur effet toutes les fois qu'on ne l'applique pas à eczémateux.

PITYRIASIS CIRCINÉ DES CHAUVES

Sur le vertex nu des chauves peut survenir un pityriasis à dessins ornementaux, géographiques, poly-micro-cycliques, composés de segments de petits cercles, tracés chacun par un liséré rouge d'un millimètre de large, semé de petites squames jaunâtres, grasses. C'est l'un des types les plus fréquents et les plus certains du pityriasis stéatoïde (Spore de Malassez, cocci à cultures grises) surséborrhéique, l'un des types de l'ancien eczéma séborrhéique de Unna, et des « séborrhéides » de beaucoup d'auteurs français. Il est remarquable que ces pityriasis n'existent dans cette forme que sur le cuir chevelu des chauves. On les traite et on les guérit très vite, soit avec les pommades cadiques soufrées, soit avec les pommades soufrées simples appliquées le soir, savonnées le matin.

1.	Soufre précipité. . . . . Ichtyol . . . . Résorcine.	ãã 1 gramme.
	Huile de cade. . . . . Lanoline . . . . Vaseline	ãã 10 grammes.
2.	Soufre précipité.	5 —
	Vaseline . . . . Cérat de Galien	ãã 15 —

Lorsqu'on a fait disparaître ces pityriasis figurés, il faut continuer l'usage des savonnages au savon cadique ou soufré, pour maintenir en état la surface du tégument séborrhéique, sans quoi ce sont des éruptions récidivantes, comme l'acné nécrotique qui évolue sur le même terrain.

ALOPÉCIE PAR SCLÉROSE FOLLICULAIRE

Très fréquemment, mais non toujours, on voit évoluer sur le cuir chevelu déjà dénudé par la calvitie, une atrophie folliculaire totale ressemblant beaucoup à celle qui détermine la pseudo-pelade de Brocq (p. 249).

On voit que parmi les follicules veufs de cheveux ou occupés par s follets, certains montrent à leur orifice une élevure circulaire et elquefois un liséré à peine perceptible. Ce fait signale, à ce qu'il semble, une infection de tout le follicule par les cocci accessoires s séborrhées et pityriasis. Ce qu'il y a de certain, c'est que les lets épilés de ces follicules sont infectés de ces cocci jusqu'à leur ine. Quoiqu'il en soit, ce processus aboutit à la transformation reuse du follicule et à sa disparition jusqu'à son orifice. Peu à peu ncien cuir chevelu, déjà dénudé, ne montre plus à la loupe qu'un fice folliculaire sur 2 ou sur 10. L'intervalle entre eux devenant se et cicatriciel.

Ce processus, qui peut s'observer chez les femmes comme chez omme, au vertex, vers la cinquantaine, même chez les femmes qui t gardé jusque-là leur chevelure, semble d'une marche progressive émédiable. Chez le chauve cela est sans grande importance, car a ne dépasse pas les limites de la calvitie. Chez la femme cela traîne une alopécie diffuse définitive. Le traitement par les poudres lotions soufrées

1. Poudre de soufre précipité . . . .)
Poudre d'oxyde de zinc . . . . } ãã P. E.
Poudre de talc . . . .)

2. Soufre précipité	10	grammes.
Alcool à 90°	10	—
Eau distillée	80	—

lentit ordinairement l'extension de ce processus, mais sans même ffire à l'enrayer complètement.

ALOPÉCIE EN TONSURE CHEZ LA FEMME

La femme, vers quarante-cinq ou cinquante ans, présente souvent e tache alopécique lentement progressive, au sommet de la tête. tte alopécie souvent attribuée au port du chignon, au mode de ffure, aux peignes, aux épingles est, en fait, de cause mal déterminée. Elle peut survenir sans pityriasis, sans séborrhée microbacillaire ale, par une sclérose lente analogue à celle qui est étudiée dans le agraphe précédent.

C'est une tache alopécique ovalaire, d'alopécie tout à fait ou presque

complète, sur laquelle la surface de la peau est lisse, cicatricielle, et qui est bordée, souvent, de cheveux frisottants qui semblent sortir de leur orifice comme d'une filière.

Quelquefois le processus folliculitique est plus marqué, et les orifices folliculaires bordés d'une élevure cornée circulaire ou d'un liséré rouge, presque imperceptible. Cette alopécie est définitive, et d'une façon générale sans traitement. Quelquefois, lorsque la réaction folliculitique est indiquée par un liséré rouge circumpilaire, les applications soufrées peuvent avoir quelque raison d'être conseillées. Mais je n'ai jamais vu nettement la thérapeutique empêcher l'extension lente de ce processus.

FOLLICULITE CHRONIQUE AU CUIR CHEVELU

On peut voir quoique rarement, un processus folliculitique chronique s'installer et croître lentement sur le cuir chevelu de l'homme adulte et même à l'âge de la pleine maturité, presque de la vieillesse.

Il prend et garde absolument les caractères de la dermite chronique pustuleuse, (impétigo de Bockhart chronique) (p. 204), que nous avons étudiée chez l'enfant, avec tous ses symptômes objectifs et même l'adénite sous-occipitale bilatérale qui la signale chez lui; seulement, les symptômes fonctionnels : chaleur locale, cuisson, prurit semblent plus marqués, et les symptômes objectifs un peu moins; particulièrement les pustules sont miliaires et ne font presque aucune saillie sur la peau.

Ce processus, dont rien n'explique, dans ces cas rares, la particulière chronicité, est d'une durée qui se chiffre par années et aboutit à créer, au centre des lésions qui s'étendent périphériquement, une cicatrice centrale irrégulière, d'abord rouge, puis blanche.

Dans des cas semblables en dehors des traitements soufrés : poudre (1), lotions (2), pommades (3).

(1)	Soufre précipité.	āā P. E.
	Oxyde de zinc.	
(2)	Soufre précipité.	āā 10 grammes.
	Glycérine.	
	Alcool à 90°.	20 —
	Eau de roses	60 —

(3)	Soufre précipité	3	grammes.
	Oxyde de zinc	6	—
	Lanoline	30	—
	Eau distillée à saturation de lanoline.		

... il faudrait très certainement essayer de la dépilation par les ayons X qui donnent dans les affections chroniques folliculaires de i excellents résultats (p. 219).

CICATRICES

Le cuir chevelu est exposé à toutes causes de cicatrices. Les cicatrices une fois faites persistent indéfiniment. Le cuir chevelu des vieilles gens peut ainsi présenter beaucoup de cicatrices de toute origine.

Il y a les cicatrices traumatiques qui sont linéaires ou angulaires, les cicatrices d'éruptions furonculeuses qui sont punctiformes, ordinairement nombreuses, en coup de plomb; de même les cicatrices d'acné nécrotique, un peu plus grandes et très varioliformes.

Il y a les cicatrices d'abcès froids, de suppurations osseuses, plus larges que les précédentes, creuses et rayonnées, les cicatrices allongées et géographiques du lupus érythémateux, les cicatrices multiples, découpées et irrégulières de la pseudo-pelade de Brocq, les cicatrices du favus, aussi irrégulières de forme mais dont une plaque au moins est plus grande que toute autre. Ces dernières et celles des brûlures, qui leur ressemblent beaucoup, présentent toujours des cheveux ou des bouquets de cheveux survivants, disséminés à leur surface. Je ne parle que pour mémoire des cicatrices ravinées du vitriol et des cicatrices plus déprimées encore des séquestres syphilitiques tertiaires, sous lesquelles le toucher montre que le plan osseux a disparu en tout ou partie.

Ce sont là les principales causes de cicatrices au cuir chevelu mais il y en a bien d'autres et il est difficile de les énumérer toutes. Celles que je viens de mentionner sont les plus fréquentes.

Quand une cicatrice est vicieuse on peut corriger sa difformité par des scarifications linéaires de ses bords et de ses coutures saillantes. On rend ainsi régulières et planes des cicatrices bridées et irrégulières, mais on ne peut faire mieux. Menahem Hodara a proposé la réimplantation de tronçons de cheveux (coupés sur la tête du même sujet) dans des scarifications profondes pratiquées au travers de la cicatrice. Les

résultats que j'ai obtenus dans le seul cas où j'ai essayé cette méthode difficile et douloureuse, ont été médiocres. Dans plusieurs autres cas j'ai fait tatouer la cicatrice, et le résultat m'a toujours paru assez heureux pour que cette pratique doive être conseillée plus souvent, quand une cicatrice ne peut être dissimulée par de faux cheveux ou par les cheveux normaux qui l'entourent.

VARIA

Le cuir chevelu peut montrer beaucoup de types dermatologiques moins importants que les précédents auxquels on ne peut consacrer une étude spéciale, mais seulement quelques mots ; ce sont par exemple :

Le molluscum contagiosum. — C'est un semis discret ou abondant de lésions saillantes, molles, rondes, roses, cratériformes dont la cavité est occupée par une production demi-cornée qu'on peut avec quelque peine exprimer entre les ongles. Cette lésion, plus fréquente au visage et chez l'enfant, peut s'observer sur les cuirs chevelus chauves et y atteindre des dimensions assez considérables. Leur traitement reste le même partout, on les fait sauter un par un à la curette tranchante. Cette méthode est peu douloureuse et de résultats toujours excellents.

Verrues. — Les verrues à surface villeuse, et comme recouverte de petits doigts cornés, sont encore parmi les types de lésions rares mais non très rares au cuir chevelu, devant lesquels le médecin se trouve ordinairement mal armé. Elles se voient chez l'enfant, l'adulte et le vieillard. On peut préconiser contre elles les applications d'acide chromique au 1/3 ou au 1/5 avec un bois d'allumette et un flocon d'ouate roulé autour de lui : (applications ménagées). On emploie de même l'acide salicylique au 1/2.

Le médecin peut détruire les plus grosses au galvano-cautère et ne se servir de la solution chromique que comme moyen complémentaire.

Kystes sébacés. — Les kystes sébacés, non plus, n'existent pas exclusivement chez le vieillard, ils appartiennent plutôt à l'âge adulte. Lorsqu'ils sont clos de partout, il faut les enlever chirurgicalement. Les procédés médicaux par les caustiques ne doivent plus être

ployés. Lorsque ces kystes présentent un orifice gros, obstrué d'un ichon corné gras, on peut fréquemment évacuer toute la tumeur · cet orifice en décollant ce kyste sur son pourtour avec un stylet usse et en exprimant son contenu par des pressions lentes : ou bien contenu en sort comme au travers d'une filière, ou bien on l'évacue n seul coup peu à peu. Aucun pansement n'est nécessaire dans ces x derniers cas.

pithéliomas. — Au cuir chevelu, l'épithélioma est *rare*, sauf nd il est *surcicatriciel*. Il y affecte les mêmes caractères ulcéreux bourgeonnants que partout ailleurs. *Comme dans tous les cas d'é-éliomas superficiels, il faudra désormais recourir à la radio-apie dès l'abord* (p. 54).

COU

Le cou présente à étudier parmi les lésions dermatologiques qui s'y rencontrent le plus fréquemment :

Celles que font les puces, *les* punaises, *les* moustiques	Lésions de parasitisme	p. 271.
Les taches congestives que présentent souvent les gens émotifs et qui sont dénommées érythème pudique	Érythème pudique	p. 271.
Les lésions ortiées, traumatiques, dites dermographisme	Dermographisme	p. 272.
... et l'urticaire vraie, essentielle ou ab ingestis	Urticaire	p. 272.
Les lésions en cocarde de l'érythème polymorphe	Erythème polymorphe	p. 273.
Les lésions rondes, moirées et squameuses du pityriasis rosé de Gibert	Pityriasis rosé de Gibert	p. 274.
Les eczémas par propagation secondaire des eczémas du voisinage	Eczémas	p. 274.
Le collier des lésions grises dénommées syphilides pigmentaires du cou	Syphilides pigmentaires du cou	p. 275.
*Les lésions infiltrées grises et mamelonnaires de l'*acanthosis nigricans	Acanthosis nigricans	p. 276.
Le molluscum pendulum *dont les exemplaires gros ou petits s'observent sur la peau du cou des vieilles gens*	Molluscum pendulum	p. 277.
Il est coutume de compter les tumeurs actinomycosiques parmi les lésions dermatologiques, nous en devrons donc parler avec cette région, puisqu'elles s'y développent plus habituellement	Actinomycose	p. 278.
Je terminerai par quelques mots sur la syphilis serpigineuse tertiaire, dont on observe parfois les circinations en ce point	Syphilis serpigigineuse	p. 278
La séméiologie des ganglions du cou *nous occupera ensuite avec les* ganglions sous-occipitaux de l'impétigo de Bockhart et de la phtiriase, *avec le* ganglion sterno-mastoïdien du chancre induré de l'amygdale, *etc.*	Séméiologie des ganglions du cou	p. 280.

PUCES — PUNAISES — MOUSTIQUES

égion du cou est l'une des plus fréquemment atteintes par les
es tels que les puces, les punaises, les moustiques, les
es, etc.

iqûre des puces est une aréole rouge de 4 millimètres de
re centrée du point rouge de la piqûre.

iqûre des moustiques est une papule oblongue, ovale, ressem-
la piqûre d'ortie. Le grattage l'exagère, la piqûre centrale
it comme un point rose peu visible.

piqûre des punaises est souvent ortiée comme celle des
ques, et présente un point de piqûre d'un rouge violet avec une
rouge comme la piqûre de puce.

ol de la chemise du patient, on trouve des maculatures puncti-
noires qui sont les traces de la puce et de la punaise et con-
son passage.

raitement des piqûres est presque nul : une goutte d'eau
uée forte (5 pour 100) qu'on laisse évaporer sur le point piqué
le prurit; on a préconisé la pommade au gaïacol de synthèse
0e, ou les pommades phéniquées.

ercher et détruire les parasites en ce qui concerne puces et
es est une mesure sur laquelle je n'insiste pas.

ÉRYTHÈME PUDIQUE

ines personnes, surtout des jeunes filles, à la moindre émotion,
nd on les dévêt, présentent des plaques subites de rougeur
nées diversement sur le cou et le devant de la poitrine. Ce
larges taches irrégulières et de contours nettement visibles.

Elles ne font aucune saillie au-dessus de la peau et ne doivent pas ê
confondues avec les taches saillantes et ortiées des peaux derm
graphiques (p. 599). Cet état indique l'excitation facile du systè
nerveux des vaso-moteurs. Il ne comporte aucun traitement, et
demande à être connu que pour éviter des erreurs de diagnost

DERMOGRAPHISME

Le cou est une région de prédilection pour les réactions urt
riennes. C'est surtout une région où le dermographisme (c'est-à-
la réaction ortiée tégumentaire à la suite des traumatismes et parti
lièrement des traumatismes du vêtement (p. 599) prend son maxim
d'intensité. On voit ainsi de longues traînées de soulèvements or
faisant incomplètement le tour du cou, et disposées souvent
plusieurs rangs. Le diagnostic est certifié par deux coups d'ongle
le médecin donnera sur la région voisine; il verra en quelques
nutes la papulation ortiée se reproduire sur tout leur trajet.

Le traitement du dermographisme est palliatif. Il comporte l'app
cation des pommades phéniquées, mentholées au 1/100[e], ou de
cérés d'amidon résorcinés et mentholés. Ainsi :

Glycérine neutre		40 grammes.
Fleur d'amidon		15 —
Résorcine	ãã	1 gramme.
Acide tartrique	ãã	1 gramme.
Menthol	ãã	1 gramme.

Les séances de haute fréquence unipolaire ou d'effluvation sont
prescrire toutes les fois que la pression artérielle du patient est a
dessus de la normale et, en l'abaissant, diminuent de suite les sym
ptômes fonctionnels les plus désagréables de cet état singulier. Ma
cela n'est pas une règle.

URTICAIRE

L'urticaire est suivant les cas une affection récidivante ou ac
dentelle.

Récidivante, on l'attribue sans preuves à des résorptions de toxi
intestinales, à un fonctionnement défectueux du foie, des reins....
l'observe chez des patients qui pourtant semblent normaux de

nts. Chez certaines femmes les crises se répètent mensuellement nt les époques.

En d'autres cas l'urticaire suit manifestement une indigestion : ules, huitres, crustacés, aliments avariés, etc., etc., et c'est alors accident qui ne se reproduira pas par la suite. Dans ce cas, le cou atteint, mais non pas plus que beaucoup d'autres régions du corps. mme partout, l'urticaire est constituée par un très grand nombre de pules plates d'un demi ou d'un centimètre de diamètre, ovales, irré-ièrement disposées, plus ou moins confluentes, suivant les cas et régions : papules plates, blanches ou lilas pâle, livides, très déman-ntes et exagérant leurs caractères après grattage. En certains cas centre de la papule est occupé par une infime petite bulle transpa-nte que le grattage peut rompre. Suivant les cas la papule urtica-nne dure de 4 heures à 2 ou 3 jours : la crise d'urticaire a la même rée variable, elle peut durer plus longtemps.

Le traitement local est le même que pour le dermographisme. Le itement interne comprend d'abord la surveillance des *ingesta*, pour pprimer ceux qui pourraient être en cause. On régularisera les enstrues quand elles sont irrégulières, retardantes, avec les capsules apiol deux par jour (2-4 jours), ou quand les règles sont doulou-euses par les prises d'extrait ovarique, 10 jours par mois pour finir premier des règles.

L'urticaire en général aura son chapitre d'ensemble avec l'étude es dermatoses généralisées (p. 598).

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

Le cou est une des trois régions ordinaires où se localisent les ions de l'érythème polymorphe, les deux autres étant les poignets les chevilles.

Ces lésions, en nombre variable, de 5 à 15 environ, varient de mensions sur le même sujet, du simple au triple; elles varient spect suivant leur âge et suivant les cas.

Au début ces lésions sont des macules roses qui [illegible] iennent nettement ovales; elles ont un bourrelet [illegible] le et prennent ainsi une forme en cocarde caractéristique. Elles ne quament jamais, ne suintent jamais. [illegible] uption décroît dès le 5ᵉ ou le 6ᵉ jour, [illegible]

On l'interprète comme une éruption toxinique, sans preuve absolue. Elle suit ordinairement, à 8 jours de date, une infection, qui le plus souvent a été une angine plus ou moins caractérisée. Cette éruption s'accompagne souvent de brisure, de fatigue et de quelques douleurs articulaires.

Le traitement de l'angine arriverait trop tard, celui de l'éruption n'existe pas. Traiter le malade comme pour une fièvre éruptive bénigne : repos à la chambre, demi-diète, boissons chaudes, quelques toniques les semaines suivantes quand le sujet est débile.

Cette éruption peut récidiver mais à d'assez longs intervalles.

PITYRIASIS ROSÉ

Le pityriasis rosé de Gibert n'est pas du tout une maladie du cou, il se développe sur tout le torse et sur les premiers segments des membres (p. 588), mais il offre cette particularité de présenter ses derniers éléments sur le cou et de ne pas dépasser la ligne horizontale du maxillaire inférieur.

Les éléments sont des taches ovales, un peu bistrées, dont la surface présente des moirures ; les taches sont cerclées d'un liséré rose desquamant en dentelle ; ces squames ont le bord libre vers le centre du cercle et leur attache vers la périphérie du liséré circonférentiel. L'étiologie de cette affection est inconnue, le traitement nul. Éviter les applications irritantes, car on peut eczématiser un pityriasis rosé. Durée spontanée au cou, 2 à 3 semaines ; dans son ensemble la maladie dure 6 à 10 semaines. Elle ne récidive jamais.

ECZÉMA PAR PROPAGATION

Les parties antéro-latérales du cou ont la peau fine et sont parmi les premières où surgissent les placards d'eczéma *par propagation*.

Ainsi, dans un eczéma du visage occasionné par les teintures, lorsqu'il a tendance à s'étendre, le cou se couvre de plaques rouges irrégulières, souvent faites de petites lésions confluentes dont la surface devient vite suintante. De même dans les eczémas des plis que nous avons étudiés (p. 15) et que nous étudierons (p. 355), le cou est pris comme les plis du coude, les creux poplités, les plis inguinaux.

Mais presque toujours, l'eczéma, en cette région, est secondaire à un

autre eczéma de région voisine, quelquefois à un eczéma du cuir chevelu, du visage, de l'aisselle, du sein.

Il est difficile de formuler un traitement pour des formes d'eczéma qui peuvent être très différentes.

Comme tous les eczémas secondaires, ceux-ci peuvent être traités plus mollement qu'on ne traite l'eczéma en ses localisations premières et plus accentuées. Aussi les formules douces de pâtes couvrantes sont-elles souvent de mise ici :

Oxyde de zinc.	10 grammes.
Vaseline	30 —

SYPHILIDE PIGMENTAIRE DU COU

Elle s'observe sur la partie antéro-latérale du cou, des deux côtés également, et ses lésions descendent jusqu'au-dessus des régions claviculaires.

Elles sont infiniment faciles à reconnaitre quand on les a vues, très



Fig. 111. — Syphilide pigmentaire du cou. (Malade de Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 559.)

difficiles à décrire. Le plus souvent elles sont ce que serait la roséole

syphilitique si les taches qui la constituent étaient bistres au lieu d'être roses. On voit ainsi, sur un fond pâle, 10 à 30 taches grises disséminées. Ce sont de larges macules, de bords mal distincts et estompés. D'autres fois il y a leuco-mélanodermie, c'est-à-dire qu'il y a dans la région des parties pâles, plus pâles que la peau normale, et des parties bistres plus foncées ; le tout ressemblant assez à ce que serait un lavis mal fait à l'encre de Chine diluée. Cette éruption, dont le début est mal connu et est décrit diversement par les auteurs, semble suivre sans délai la roséole. C'est donc une lésion secondaire. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle dure longtemps et s'atténue pour disparaître vers le 15e mois de la syphilis.

Le diagnostic est certifié par les ganglions rétro-cervicaux (p. 281) et la polyadénite syphilitique secondaire; quelquefois par la roséole généralisée encore visible, par le ganglion indicateur du chancre encore existant, par l'alopécie pariétale qui lui est souvent contemporaine (p. 254) ; enfin par l'histoire encore récente du chancre initial.

Le traitement local est nul. Le traitement général est celui de la syphilis secondaire (p. 726).

ACANTHOSIS NIGRICANS

C'est une dermatose rare, symptomatique de certaines cachexies, particulièrement de la cachexie cancéreuse, et plus particulièrement du cancer de l'estomac. Sa cause prochaine est inconnue. Sa localisation au cou est loin d'être exclusive, car cet état morbide atteint d'abord les gencives (p. 44) et, d'une façon générale, toutes les régions à peau fine des plis de flexion (p. 687).

En ces points, la peau, qui est devenue d'un gris cendré, présente des transformations singulières. Elle est épaissie, ses plis normaux sont très accusés, et sa surface semble celle d'un condylome que l'on regarderait à la loupe. Elle est hérissée de petites tumeurs rondes plus ou moins grosses et saillantes en nombre infini; c'est comme si la disposition des papilles dermiques était grossie assez pour pouvoir être perceptible à nos yeux. Le toucher correspond à cette disposition et donne une sensation mamelonnaire, partout où existe cette transformation cutanée. Cet état est chronique, progressif; étant donnée sa cause il se termine naturellement par la mort et ne comporte point de traitement local valable.

MOLLUSCUM PENDULUM

Cette singulière lésion est constituée par un petit sac de peau molle, flasque, ridée, pédiculisé sur une peau saine et normale.

Le molluscum pendulum est une lésion persistante qui augmente très lentement sur place et ne se transforme jamais en tumeur maligne.

Les molluscums pendulums du cou naissent en général sur la peau des hommes ou femmes qui ont passé la quarantaine, et ils augmentent de nombre et de dimension avec l'âge. Certains individus dont la peau est promptement sénile en montrent dès l'âge adulte. Les faces antéro-latérales du cou en présentent de 2 à 50 de dimensions diverses, dont les plus volumineux souvent sont moins gros qu'un grain de blé et pédiculisés, affectant la forme schématiquement attribuée aux larmes.

Le médecin n'est consulté à ce propos que par les hommes qui ont peur d'une dégénérescence cancéreuse et par les femmes qui voient en ces lésions une laideur. Le traitement est unique et des plus simples: prendre chaque molluscum dans les mors d'une pince à griffe et les sectionner au pied avec la pointe du galvanocautère, c'est instantané et presque indolore.

ACTINOMYCOSE

L'actinomycose est une maladie à tumeurs sous-cutanées causée par l'Actinomyces Bovis ordinairement, quelquefois par un champignon de même famille et d'espèce autre. Ce champignon semble vivre sur des graminées à l'état saprophytique. L'inoculation de cette maladie a été souvent réalisée par des glumelles de l'épi d'orge, de blé ou d'avoine. La voie d'entrée est la gorge; le point de développement ordinaire, est la région sous-maxillaire et latéro-cervicale.

Les tumeurs que produit l'actinomyces ont *une dureté ligneuse*, que bien peu de tumeurs d'autre cause (sarcome ou carcinome squirrheux) peuvent simuler. Elles acquièrent sur place, lentement, un volume énorme. Elles peuvent occasionner des métastases à distance, probablement par voie veineuse et non par voie lymphatique. Les tumeurs actinomycosiques peuvent s'ulcérer. En un point de la grosse masse devenue adhérente à la peau, naît une petite tumeur molle,

violâtre, qui s'ouvre. Elle donne très peu d'un pus mal lié, dans lequel on trouve des grumeaux jaunes, gros comme des grains d'orge, *durs*, comme pierreux, qui souvent restent engagés dans l'orifice de l'abcès.

Ces grains jaunes examinés par écrasement (entre deux lames de verre), fixation (au sublimé acide) et coloration (par la méthode de Gram) montrent un parasite formé au centre d'un feutrage de myceliums violets très fins (1/5 à 1/2 μ) entouré de crosses ou massues colorées en jaune et disposées en rayons (ἀκτῖνος). Cet aspect est caractéristique.



Fig. 211. — Actinomycose du cou. (D'après Illich.)

Le traitement par l'iodure de potassium à hautes doses réussit quelquefois (1 à 10 grammes par jour très progressivement : craindre à ces doses l'œdème glottique) ; l'exérèse est rarement praticable.

L'action des rayons X, à tenter évidemment, est encore inconnue. Sans intervention, l'issue est fatale ; le développement de la tumeur arrive à obstruer le pharynx ou à comprimer le récurrent, le pneumogastrique, d'où des crises laryngées, des syncopes. Bien que la cachexie soit plus lente que dans les cancers, elle a sa part dans l'état général au milieu duquel le malade succombe.

SYPHILIS SERPIGINEUSE

En dehors de la roséole et des papules secondaires que le cou présente comme toute autre partie du corps, on peut encore voir évoluer au cou la syphilide serpigineuse secondo-tertiaire ou tertiaire. C'est

plus souvent sous la forme d'un liséré circulaire ou polycirciné 'elle se présente; quelquefois sous forme de lésions papuleuses ivrées en corymbes. Le liséré lui-même est fait de lésions papu-



. 115. — Syphilis secondo-tertiaire circinée. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

ses juxtaposées sous forme d'une bande congestive quelquefois ouverte de squames adhérentes psoriasiformes. Ce sont là des lé-
ns d'une extrême lenteur d'évolution; livrées à elles-mêmes, elles ent des mois, et souvent elles guérissent d'un côté et continuent r évolution en d'autres points. Ces lésions indiquent une syphilis date déjà ancienne. Elles n'ont point de gravité personnelle, mais

elles prouvent que la maladie est encore vivante, donc dangereuse.

Traitement mixte, à poursuivre jusqu'à disparition intégrale des lésions.

SÉMÉIOLOGIE DES GANGLIONS DU COU

Les ganglions du cou peuvent devenir gros et sensibles en toutes régions et pour bien des causes; néanmoins il y a encore dans ce sujet certains types d'adénites plus communs et plus caractéristiques qu'il importe de présenter ici.

Ganglions occipitaux de l'impétigo de Bockhart et de la pédiculose chez l'enfant. — Toutes les fois qu'un enfant présente une éruption pustuleuse du cuir chevelu, et le fait est fréquent, il montre, dès l'éruption apparue, et souvent quelques heures avant elle, un ganglion gros et douloureux de chaque côté de l'occiput, aux frontières du cuir chevelu. Ce ganglion est assez sensible pour que l'enfant puisse le percevoir lui-même et attirer l'attention sur lui.

Les mêmes ganglions s'observent, pour la même cause, dans la phtiriase du cuir chevelu, quand elle s'accompagne d'impétigo. Jamais ces ganglions ne suppurent, mais ils durent autant que l'éruption, et un peu plus qu'elle. Ils sont presque pathognomoniques des éruptions précitées. Lorsque l'impétigo de Bockhart (p. 204) (folliculite orificielle pustuleuse) est récidivant, ce qui est la règle, à chaque poussée éruptive, les ganglions l'annoncent quelques heures d'avance.

Ganglion sterno-mastoïdien du chancre de l'amygdale. — Il est énorme, unilatéral, logé sous le muscle sterno-mastoïdien et en son milieu. Tous les ganglions de la région et du même côté sont engorgés, on les sent comme de petites amandes, ils roulent sous le doigt ou demeurent reconnaissables, dans une masse commune, suivant leur disposition préalable. Mais le *ganglion indicateur du chancre* est gros comme une noix et fait une saillie appréciable à l'œil. Il est dur, un peu douloureux, difficile à palper exactement à cause de la bande musculaire qui le recouvre. Il doit faire examiner immédiatement et avec la plus grande attention l'amygdale correspondante, on y trouvera ordinairement le chancre (p. 75), car il dure longtemps. Le malade se rappellera, en tous cas, d'une amygdalite *unilatérale* ayant duré quatre ou cinq semaines.... Il n'y a guère de doute à conserver

ème quand on ne voit pas le chancre. Dans ce cas on surveillerait l'apparition de la roséole, qui ne tarde guère.

Ganglions rétro-cervicaux de la syphilis secondaire. — A la période secondaire tous les ganglions lymphatiques sont indurés et deviennent perceptibles à la palpation. Ceux du cou sont particulièrement reconnaissables chez la femme maigre où on peut les voir soulever la peau. Les plus nets sont les ganglions situés en chapelet autour de la nuque. On les sent sous les doigts comme de petites amandes. Ils sont mobiles, de la consistance de petites balles de caoutchouc, presque indolores. Leur constatation dans un cas douteux a la plus grande importance; le médecin doit aussitôt rechercher la syphilide pigmentaire du cou, les ganglions d'autre siège, la roséole, et fouiller tous les commémoratifs récents du ou de la malade.

Les ganglions latéro-cervicaux de la scrofule. — La tuberculose, quand elle prend les ganglions, se porte, en général, sur les ganglions antéro-cervicaux, probablement parce que le rhinopharynx est une voie d'entrée fréquente du bacille tuberculeux.

Le ganglion sus-hyoïdien peut être pris, mais cela est rare; en général, les ganglions sous-maxillaires sont un peu gros et un peu sensibles et c'est le paquet ganglionnaire du sterno-mastoïdien qui est pris en totalité.

Tous les ganglions de cette région sont augmentés de volume et agglomérés ensemble. Ils sont douloureux ou au moins sensibles. Cet état dure des années et s'aggrave lentement. Les phénomènes douloureux dont ils sont le siège varient, de la douleur à la pression, jusqu'à la douleur continue de formation de l'abcès. Mais l'abcès ganglionnaire peut se former lentement sans douleur (abcès froid), il aboutit à la fistule et la fistule ne guérit pas. Souvent son orifice devient le centre d'une lésion chronique fongueuse (écrouelle). Ces lésions relèvent plus du chirurgien que du dermatologiste. On sait que l'exérèse chirurgicale des ganglions tuberculeux donne des résultats très médiocres. Le dermatologiste avec les cautérisations au chlorure de zinc (au 1/15e) et les cautérisations bien faites aux deux crayons de nitrate d'argent et de zinc métallique obtient des résultats souvent meilleurs. Il n'y a guère de cas que cette thérapeutique bien pratiquée n'améliore.

Ganglions du cancer de la lèvre et de la langue. — Un épithé-

lioma de la pointe de la langue ou de la lèvre donne lieu à un ganglion sus-hyoïdien. Il est situé au milieu de la région sous-maxillaire au-devant de l'échancrure de l'os hyoïde ; il est unique, gros alors comme une bille d'enfant, dur comme du bois, longtemps mobile sur place sous le doigt.

Le cancer de la base ou des parties latérales de la langue a pour correspondants les ganglions sous-maxillaires qu'on palpe derrière et sous l'angle de la mâchoire ; plus tard les ganglions sterno-mastoïdiens se prennent aussi.

Il est prématuré de se prononcer dans tous les cas sur l'action des rayons X encore à l'étude. Doit-on préférer l'extirpation ganglionnaire au traitement par les rayons X et faire seulement de la radiothérapie de la cicatrice ? La prudence veut, croyons-nous que les essais ne soient pratiqués pour le moment que sur des métastases ganglionnaires inopérables. Il faut déclarer cependant que l'action des rayons X sur les ganglions est encore plus rapide et plus évidente que sur les lésions cancéreuses primitives (p. 34).

Ganglion sus-hyoïdien du chancre de la langue et de la lèvre. — Le chancre du bout de la langue a pour ganglion indicateur le ganglion sus-hyoïdien. Ce n'est pas le ganglion qui fait penser au chancre, c'est le chancre qui est certifié par l'examen du ganglion. Celui-ci est unique, mobile, roulant sous le doigt comme une billette de caoutchouc dont il a la consistance exacte. Un ganglion semblable et à peine sensible, coexistant avec une exulcération plate, ronde, du bout de la langue, existant depuis moins de deux mois, certifie le chancre induré.

AISSELLE

'armi les plis de flexion, l'aisselle n'a pas l'importance dermato-iique du pli de l'aine; néanmoins le nombre des affections qui s'y 'sentent avec prédilection et qu'il faut connaitre est considérable.

L'enfant du premier âge présente de ntertrigo axillaire ou de l'eczéma en rap-'t avec ses éruptions rouges et suin-ites du visage et de tous les plis	**Intertrigo du nourrisson. . . . . . p. 284.**
es poils de l'aisselle chez l'adulte sont vent recouverts d'une gangue sableuse peu difficile à faire disparaître et à pos de laquelle le dermatologiste peut consulté.	**Trichomycose des aisselles. . . . . p. 284.**
a phtiriase d'origine pubienne peut se contrer aux aisselles et son traitement y présenter quelques difficultés . . .	**Phtiriase . . . . . p. 286.**
a peau de la région pilaire de l'ais-peut présenter des pustulations au re de soulèvements papuleux qui ont pustulations longtemps considérées me des hydrosadénites	**Hydrosadénites. . . p. 286.**
eczéma impétigoïde des adolescents a les plis de flexion en général une lilection marquée. On le retrouve sou-aux plis axillaires comme aux autres.	**Eczéma des adolescents . . . . . . p. 287.**
aisselle est une des régions où le dia-stic de la gale est le plus facile, car re multiplie souvent ses lésions au-nt d'elle.	**Gale. . . . . p. 288.**
existe une trichophytie spéciale aux de flexion, plus fréquente aux plis inaux qu'aux aisselles, mais qui s'ob-e cependant avec une certaine fré-ice dans le pli axillaire	**Trichophytie. . . . p. 288.**
érythrasma, plus fréquent aussi dans li inguino-crural, montre pourtant i, dans l'aisselle, ses grands placards s, furfureux, fauves	**Érythrasma . . . . p. 290.**

Enfin on observe aux aisselles, dans des cas rares, des éruptions desquamantes, polycircinées, à double liséré érythémateux, non vésiculeuses, très mycosiques d'aspect, mais dont le parasite causal reste à découvrir.	**Mycose en cocardes de nature indéterminée. . . . . . p. 29**
L'intertrigo de l'adulte est fréquent dans l'aisselle, soit sous sa forme simple.	**Intertrigo simple. . p. 29**
... soit sous une forme chronique suppurative avec dermite hypertrophique en placards assez différente de l'intertrigo chronique des plis inguinaux	**Intertrigo chronique. . . . . . . p. 2**
L'acanthosis nigricans, cette dermite hyperplasique, avec hyperpigmentation, chez les cachectiques, s'observe à l'aisselle comme dans les autres plis de flexion. . .	**Acanthosis nigricans. . . . . . . p. 2**
... de même la maladie de Darier; nous en dirons seulement quelques mots. . . .	**Psorospermose folliculaire . . . . . p. 2**
Nous terminerons ce chapitre en envisageant d'ensemble la séméiologie des ganglions axillaires et leurs adénites plus ou moins caractéristiques dans les affections générales de la peau, dans les dermatoses et dans les lésions du sein et des bras. . .	**Séméiologie des ganglions axillaires . p. 29**

INTERTRIGO DU NOURRISSON

L'intertrigo de l'aisselle, chez le nourrisson, est beaucoup moi fréquent que l'intertrigo de l'aine. On ne le voit guère survenir q dans les cas où des lésions analogues se produisent à la fois dans to les plis. Il s'agit alors de localisations à distance d'un eczéma type que nous avons décrit plus haut à la face (p. 15) et justicial de la même thérapeutique.

TRICHOMYCOSE DES AISSELLES

Chez l'adulte à poils blonds ou roux, il est fréquent de voir les p de l'aisselle se rouler en boucles qui donnent aux doigts une sensat sableuse. Les poils extirpés et examinés à l'œil nu paraissent, sur grande partie de leur longueur, augmentés de volume et com

dans une gangue jaunâtre segmentaire. Cette gangue est extrêmement adhérente.

Examinée microscopiquement, elle paraît constituée par des blocs réfringents homogènes et comme cristallins, d'origine probablement parasitaire, sans que les parasites qui leur donnent naissance aient été suffisamment étudiés.

Cette maladie, plus fréquente chez les gens dont l'hygiène tégumentaire laisse à désirer, peut s'observer dans toute classe de la



Fig. 114. — Poil de l'aisselle, atteint de trichomycose nodulaire, examiné à la loupe. (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

société et presque à tout âge. Elle s'accompagne rarement de symptômes fonctionnels autres qu'un léger prurit, surtout quand la sudation est très accusée.

Cette affection coexiste souvent avec des sueurs rouges très abondantes, tachant le linge.

Le traitement est simple : des savonnages quotidiens aux savons de goudron, ou des frictions quotidiennes avec

Alcool à 60°	175 grammes.
Coaltar saponiné	25 —

et des boulettes d'ouate hydrophile suffisent d'ordinaire à faire disparaître cette affection en quelques semaines, mais il faut prévoir des récidives.

PHTIRIASE

Le *phtirius pubis* (p. 519) peut s'observer aux aisselles, et le cas n'est même pas bien rare. Cela s'observe surtout chez les hommes velus, chez qui la phtiriase est généralisée. On trouve des morpions et des lentes isolées sur toute la surface du corps, et des colonies de parasites en toutes les régions pilaires, donc aux aisselles.

La pullulation peut être inouïe, surtout chez ceux qui ignorent tout à fait ce dont ils sont atteints. Chez d'autres, les parasites sont peu nombreux. Toutes les fois qu'il ne s'agit pas d'un sujet eczémateux, on peut traiter rapidement : Badigeonnage des aisselles au pinceau largement mouillé de xylol ou d'éther de pétrole. Tout parasite touché est foudroyé; le liquide imprégnant subitement toutes ses trachées respiratoires. On peut opérer ainsi toutes les régions pilaires du patient l'instant d'avant qu'il prenne un bain d'amidon, ce qui adoucit la cuisson et la brûlure.

Quand la peau est trop sensible pour admettre un tel moyen, on se servira de vaseline simple en grande masse, qui imprègne les parasites de même façon. L'onguent gris a les mêmes avantages et inconvénients que nous signalerons dans l'aisselle et dans l'aine hydrargyrie cutanée. L'abondance des lentes adhérentes aux poils a pu faire conseiller le rasage. On sait que les lentes sont en partie dissoutes par les acides. Le vinaigre chaud peut être utilisé pour décoller ainsi les œufs, que le peigne fin achève ensuite de détacher et d'enlever.

HYDROSADÉNITES

On appelle encore de ce mauvais nom l'impétigo de Bockhart (p. 204) de la région. Ce sont des folliculites orificielles pustuleuses, toujours plus fréquentes, plus cohérentes, plus douloureuses dans les régions pilaires que dans les régions glabres. Elles sont traumatiques ou spontanées. Traumatiques, elles succèdent à la gale et à son traitement, à des applications irritantes de toutes sortes, faites dans les buts les plus divers : phtiriase, etc. Spontanées, elles ne s'expliquent pas plus là qu'à la barbe, au pubis, etc.; elles peuvent accompagner une éruption diffuse plus ou moins abondante et généralisée des mêmes éléments sur toute la surface du corps, précédant ou accompa-

ant la furonculose vraie. Dans ce cas, elles accompagnent souvent ypoacidité urinaire et l'hypophosphaturie.

Les lésions sont des pustules circumpilaires, d'un jaune verdâtre, us ou moins agglomérées, nombreuses, douloureuses, saillantes. les présentent souvent pour caractéristique, un soulèvement périérique de l'épiderme autour de chacune d'elles, ce qui les fait ssembler à une papule en coupole dont le centre seul est suppuré. implantation des poils de la région n'étant pas profonde, ces pustules onnent rarement lieu au furoncle vrai, mais plutôt à des furoncles série, d'évolution demi-abortive.

Le traitement local comporte l'épilation, très souvent utile, des plications de cataplasmes de fécule, faits à chaud et posés froids, rosés d'alcool camphré ou d'alcool boriqué à saturation, des pomades bien couvrantes comme les pommades d'oxyde de zinc au 1/4 ettoyées quotidiennement sans savon, à l'huile d'amandes douces. e traitement de l'état général ne doit pas être négligé toutes les ois que celui-ci semble avoir une part dans la durée plus longue de es folliculites régionales.

ECZÉMA IMPÉTIGINEUX

L'eczéma impétigineux des adolescents, lorsqu'il est très prononcé u visage, s'accompagne ordinairement de lésions inguinales et xillaires. C'est toujours une épidermite exsudative de large surface ccupant toute la région axillaire. Elle peut être très exsudative rtout au début; elle devient de plus en plus sèche et desquamative vieillissant, en guérissant; elle l'est, dès l'origine, dans les cas nins. La peau sous-jacente reste d'une rougeur marquée pendant ute sa durée. Au pourtour, l'épidermite est desquamante. Dans uelques cas, elle se complique de pustulation folliculaire plus ou oins discrète. La part originelle est difficile à faire entre l'eczéma imaire d'origine amicrobienne, l'intertrigo streptococcique et la stulation staphylococcique, ces deux infections pouvant s'observer condairement aux lésions amicrobiennes primitives.

Le traitement local de cette affection comporte toujours deux phases stinctes : pendant la phase de suintement, on appliquera les soluons de nitrate d'argent (5 à 15/100), d'autant plus que la lésion raitra plus eczémateuse et moins intertrigineuse (concomitance de

lésions des surfaces planes : visage, face interne des cuisses et des bras, etc.), et les solutions de sulfate de zinc au 1/100e, d'autant que les lésions paraîtront moins eczématiques et plus intertrigineuses.

Le traitement général comme celui de tous les eczémas, comporte bien des obscurités. J'en ai dit quelque chose à propos du traitement de cet eczéma au visage (p. 13).

GALE

L'acare de la gale aime les régions où la peau est douce et fine, et les plis de flexion remplissent cette condition à merveille. Dans la région axillaire toutefois, l'acare préfère au pli axillaire lui-même la région antérieure de l'épaule, au point exact où passent les coutures des manches d'habit. En cette région, on observe peu les vésico-pustules, mais les lésions excoriées que font les ongles en la déchirant, lésions parallèles et verticales. Il est rare que parmi ces lésions on trouve un sillon reconnaissable et intact, il est alors dans l'aisselle, sur la paroi costale du creux axillaire. C'est la topographie des lésions axillaires plus que leur forme élémentaire, qui évoque l'idée de la gale, et le diagnostic alors, est certifié par les lésions des mains, des doigts, du fourreau de la verge, etc. (Pour le traitement, voir p. 605.)

TRICHOPHYTIE

J'étudierai mieux avec les dermatoses de la région inguino-crurale la trichophytie intertrigineuse qui donne lieu au fameux *eczéma marginatum* de Hebra. On la rencontre à l'aisselle mais moins souvent qu'aux régions inguinales et génitales.

Elle est toujours due à la même espèce trichophytique au même champignon, dont on ignore la provenance saprophyte ou animale (fig. 118 et 119). Et elle affecte toujours la même forme de grands placards ronds, rouges, bordés d'un liseré plus rouge et vésico-pustuleux. Ces placards d'assez grand diamètre (3 à 5 centimètres) se coupent et se fondent pour faire de plus grands placards polycycliques. C'est une dermatose souvent symétrique, bilatérale, chronique durant de longs mois sur place, avec d'assez minimes symptômes fonctionnels.

traitement est celui de toutes les trichophyties des régions



Fig. 115. — Trichophytie axillaire (*trichophyton intertriginis*). (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

es : des frictions quotidiennes bien appuyées, avec une teinture e diluée au 1/4 ou au 1/5.

Teinture d'iode fraiche.	20 grammes.
Alcool à 60°	80 —

st une trichophytie assez facile à guérir et ne récidivant que si le ment n'a pas duré assez longtemps ou a été mal pratiqué.

ÉRYTHRASMA

L'érythrasma est proprement une dermatose inguinale ou inguino-crurale. On l'observe exceptionnellement aux aisselles, de l'un ou des deux côtés. Il y est comme partout caractérisé par des plaques d'un rouge-brun, rondes ou polycycliques par fusion, très finement squameuses, non vésiculeuses, d'une durée indéfinie, faciles à guérir, souvent récidivantes. Il est à peu près sans exemple qu'il existe de l'érythrasma des aisselles, sans érythrasma des aines (p. 298). En tous sièges, l'érythrasma est justiciable du même traitement (voir p. 299).

ÉRUPTIONS CIRCINÉES DE NATURE INDÉTERMINÉE

J'ai observé une fois une affection de l'aisselle tout à fait spéciale en ses caractères, et qui semblait être une dermatomycose sans qu'il m'ait été possible d'y déceler aucun parasite particulier.

C'était, chez une jeune fille de 18 à 20 ans, deux larges placards occupant les deux aisselles et débordant au-devant d'elles. Chacun large, furfureux, jaunâtre, polycirciné, de contour absolument net et comme tracé au compas, mais de contour double, les deux lisérés concentriques d'un rouge sombre séparés l'un de l'autre par près d'un centimètre d'intervalle de peau presque saine, à peine furfureuse.

Cette éruption détermina des placards secondaires au cou et au pli du coude, d'un seul côté, tandis que les deux aisselles étaient prises.

Des traitements successifs par la teinture d'iode, le nitrate d'argent, les pommades cadiques, pyrogalliques ne réussirent aucunement. La guérison fut obtenue au contraire en trois ou quatre semaines d'applications quotidiennes d'une pommade à la chrysarobine au 1/30.

Chrysarobine	1 gramme.
Oxyde de zinc	7 grammes.
Vaseline	30 —

C'est du reste ce topique qui m'a donné les meilleurs résultats dans les dermatomycoses innommées de l'Extrême-Orient (Japon, Siam, Cochinchine, Madagascar) et qui serait à essayer dans le traitement de toutes les mycoses rebelles.

INTERTRIGO

J'ai traité de l'intertrigo, en général, à propos de l'intertrigo rétro-auriculaire. L'origine de tous les intertrigos est la même : ce sont toujours des épidermites streptococciques.

Ce sont les symptômes fonctionnels qui annoncent l'intertrigo par une sensation de brûlure permanente et de cuisson au lavage. On regarde, on trouve le pli rouge, moite, avec une lésion superficiellement érosive, que le pli sépare en deux parts égales qui se correspondent. Dans les cas plus aigus, la lésion s'augmente par l'adjonction de petites vésicules plates, dont le contenu est louche; le grattage les transforme en érosions qui s'agrandissent et se fusionnent.

Une poussée aiguë d'intertrigo est aisément curable; un état intertrigineux chronique récidive souvent après guérison. Contre l'intertrigo bénin, des savonnages bien faits suivis de friction à l'alcool faiblement iodé :

Alcool à 60°	190 grammes.
Teinture d'iode	10 —

... ou avec de l'alcool additionné de goudron

Coaltar saponiné	30 grammes.
Alcool à 60°	180 —

... sont les meilleurs topiques. Dans les cas plus tenaces, on peut utiliser les applications de nitrate d'argent au 1/20, par exemple, suivies d'onction avec une pâte ou pommade de zinc.

Oxyde de zinc	10 grammes.
Vaseline	40 —

INTERTRIGO CHRONIQUE

L'intertrigo chronique de l'aisselle ne correspond pas toujours cliniquement à l'intertrigo chronique du pli de l'aine; ce dernier est de l'âge avancé, chez les obèses, à urine hyperacide; celui de l'aisselle s'observe chez les jeunes, ensuite de l'éruption furonculeuse fréquente en ce siège. On voit alors se constituer une dermite suppurée chronique de l'aisselle, dermite de surface, compliquée d'abcès folliculaires et de végétations saillantes, isolées ou en placards, et qui ne

sont pas loin de rappeler les condylomes ano-vulvaires des suppurations chroniques de ces régions.

Contre ces états l'absolue propreté locale est le premier des traitements. Les bains locaux à l'eau bouillie, aux solutions de nitrate d'argent très faibles (1/50), aux liqueurs sulfatées ...

Eau distillée	500 grammes.
Sulfate de zinc	5 —

... améliorent souvent les symptômes les plus apparents en peu de jours. Dans l'intervalle des applications, les pansements isolants, au pâtes et poudres isolantes, peuvent être d'un bon service. Lorsque l'état pseudo-condylomateux de dermite hypertrophique est constitué les attouchements au perchlorure de fer (Vidal) réduisent très rapidement ces saillies bourgeonnantes à fleur de peau, et la guérison s'en trouve considérablement activée.

ACANTHOSIS NIGRICANS

Cette dermite hyperplasique et hyperpigmentaire qui accompagne particulièrement la cachexie cancéreuse s'observe autour du cou (p. 276), aux gencives, à la langue (p. 44) et à tous les plis de flexion, à l'aisselle comme ailleurs.

Mais elle n'y affecte aucun signe particulier. Je renvoie donc à ce que j'en ai écrit ailleurs, et me contente d'en montrer la très bonne figure ci-contre (fig. 116).

MALADIE DE DARIER (PSOROSPERMOSE FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE)

J'ai parlé déjà de la psorospermose folliculaire au visage (p. 27) et j'en reparlerai en étudiant les dermatoses des régions inguinales (p. 301), car en ce point elle prend souvent un développement considérable.

Je n'ai donc pas lieu d'y insister ici. Sa localisation aux aisselles est très rarement prépondérante.

SÉMÉIOLOGIE DES GANGLIONS AXILLAIRES

Les ganglions axillaires donnent des indications diagnostiques et

ostiques plutôt dans les maladies du sein que dans les maladies
oras.
ns doute on observe un paquet ganglionnaire de l'aisselle chez
int dans l'eczéma des plis, dans le prurigo de Hebra (p. 616



Fig. 116. — Acanthosis nigricans. — Région de l'aisselle. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

i18), dans le prurit sénile (p. 621), dans l'ichtyose histrix et les
ections auxquelles elle donne lieu (p. 585), dans le mycosis fon-
le (p. 713) enfin et les lymphadénies (p. 715).

lais les ganglions de l'aisselle ont surtout une valeur dans le
ncre du sein, le cancer du sein, la maladie de Paget du mamelon,
s l'eczéma chronique du sein, la gale pustuleuse du sein, etc.

hacune de ces maladies a ses symptômes étudiés ailleurs, je par-
i avec chacune des caractères des adénites axillaires auxquelles
donne lieu. Je ne dirai donc qu'un mot de chacune de ces adé-
s ici et de leurs signes particuliers.

Ganglion satellite du chancre induré du sein. — Il est comme partout, unique, gros, dur, rénittent, indolore ou à peu près indolore.

Son volume tranche absolument avec celui des ganglions de la région. C'est comme dans toutes les adénites axillaires, le long de la paroi costale qu'il faut le rechercher.

Sa présence appuie singulièrement le diagnostic de chancre du sein dans le cas de plaie récente indurée, plate, indolore, non suintante du mamelon ou de l'aréole.

La pléiade ganglionnaire de la syphilis secondaire n'est pas plus marquée à l'aisselle que dans toutes les régions où les ganglions peuvent être palpés. On trouve généralement trois ganglions distincts, un peu durs, un peu gros, insensibles, distincts l'un de l'autre, placés le long de la paroi thoracique plus ou moins profondément dans l'aisselle.

Les ganglions axillaires des tumeurs du sein, comme tous les ganglions au voisinage de tous les néoplasmes, indiquent un pronostic grave et une tendance à la généralisation. On conçoit leur importance dans les tumeurs du sein, la maladie de Paget et les cancers ulcérés. C'est une palpation à faire avec la plus grande attention, toutes les fois que le diagnostic d'une ulcération chronique ou d'une tumeur du sein est à l'étude.

On sait que la radiothérapie des ganglions axillaires donne des résultats ordinairement excellents. On applique une teinte du radiomètre X toutes les trois semaines régulièrement, en même temps que l'on pratique la radiothérapie de la tumeur. Il n'y a aucun cas où le malade n'y gagne. Le bénéfice est le plus souvent évident sans qu'on puisse encore mesurer sa durée d'une façon définitive, la méthode étant trop récente encore.

Dans les **dermites chroniques simples** du mamelon et de l'aréole : eczéma chronique, gale, prurits chroniques, etc., les ganglions sont pris tous et tous également, ils sont le plus souvent à peu près réunis pour faire une seule masse mamelonnaire, sensible au toucher : le volume de chaque ganglion peut être doublé, triplé, chez les individus maigres, leur forme peut faire saillie et se dessiner sous la peau. Cela est surtout évident dans les prurits séniles graves ou dans le mycosis fongoïde.

RÉGION INGUINALE

INTERTRIGO DES NOURRISSONS

La peau des plis de flexion est fragile. Elle s'aère mal, souvent reste humide, d'où la macération épidermique et les lésions irritatives qui s'ensuivent.

Chez le nourrisson, les causes de macération sont nombreuses. Mais il semble que les lésions irritatives du pli de l'aine et du pli interfessier, ne surviennent que quand les *excreta* : urines et matières, ne sont pas normaux, dans l'entérite, par exemple. D'où le premier précepte de traiter l'intestin dans ces cas-là. Quand il s'agit d'une entérite vraie, glaireuse : diète hydrique, ou demi-diète, calomel à doses fractionnées, 15 milligrammes par prise; 2 prises à une demi-heure d'intervalle dans du sucre de lait.

Le traitement local, quand les lésions sont à peine suintantes, comprend les crèmes et pâtes couvrantes.

CRÈME

Oxyde de zinc		7 grammes.
Vaseline	ãã	10 —
Lanoline		
Eau de roses		

PATE

Oxyde de zinc	18 grammes.
Carbonate de bismuth	2 —
Vaseline	20 —

F. sc. à chaud.

Et aussi les poudres : la poudre de lycopode est nettement supérieure aux autres, à mon avis. Elle est plus chère et ne doit pas être conseillée aux pauvres.

Quand les lésions sont suintantes, il ne s'agit pas en général d'un processus localisé, mais de l'eczéma presque généralisé des nourrissons auxquels le régime lacté ne convient pas (p. 5). Alors avant d'appliquer les crèmes et les poudres, et à chaque fois qu'on change les langes de l'enfant, il faut conseiller le tamponnement des lésions épidermiques avec des boulettes d'ouate hydrophile mouillées d'eau oxygénée neutre.

Pronostic toujours *bénin*. La durée seule de ces misères peut faire un doute, car on les voit quelquefois durer 4, 6 mois.

INTERTRIGO DE L'ADULTE

Chez l'adulte aussi, la région des plis de l'aine est par excellence celle de l'intertrigo. Il s'observe avec trois degrés : 1° dans le premier, c'est une fissure rose, limitée à une petite longueur du pli ; cette fissure persiste ou renaît longtemps ; elle demeure le siège de quelques démangeaisons et cuisson aux lavages.

2° Dans le deuxième cas, la même lésion existe plus accentuée, et, de part et d'autre de la fissure, sont dessinées deux surfaces roses marquant les surfaces de l'épiderme qui se correspondent et s'accolent. Avec le doigt, on se rend compte que, sur cette surface, l'épiderme corné est délité, déhiscent et macéré. Cet état existe dans tout le pli de l'aine des deux côtés, presque également, et aussi dans le pli interfessier.

3° Dans un troisième cas, les lésions sont plus larges, plus développées, plus suintantes, plus extensives aussi, car, autour d'elles, on peut voir, même en des points où le contact de la peau avec elle-même ne se produit pas, de petites lésions disséminées, dites par les uns : eczéma ou eczématisations, par d'autres : séborrhéides. Quelquefois même, chez l'adulte jeune, les mêmes lésions coexistent dans le pli hypogastrique.

Ces lésions sont tenaces et chroniques à proportion de la surface qu'elles ont envahie. On a voulu en faire une manifestation de la diathèse rhumatismale, ce qui ne signifiera quelque chose que quand cette diathèse sera définie. En dehors de l'obésité qui produit l'affrontement des plis de flexion, on ignore les conditions locales qui favorisent cet état.

La lésion de l'intertrigo est microbienne toujours. Elle *contient invariablement le streptocoque*, et on peut s'en assurer par les méthodes de culture du streptocoque que nous avons formulées, (p. 10).

Contre le degré le plus léger de l'intertrigo, il faut se servir quotidiennement des lotions alcooliques faiblement iodées :

Eau de Cologne.	190 grammes.
Teinture d'iode fraîche.	10 —

ou faiblement goudronnées :

Goudron liquide bien saponifié.	20 grammes.
Eau de Cologne.	180 —

Quand les lésions sont plus accentuées, il faut se servir de médicaments plus actifs : nitrate d'argent au 1/15,

Nitrate d'argent	15	grammes.
Eau distillée	200	—

qu'on applique en badigeons vigoureux suivis d'onctions avec une pâte couvrante du type habituel.

Avant de nouvelles applications, on savonne la région très parfaitement.

Je me suis servi très utilement dans les cas rebelles du permanganate de potasse titrant de 1/1000 à 1/5000.

ÉRYTHRASMA

L'érythrasma peut se rencontrer dans l'aisselle, mais son siège d'élection est le pli inguinal. Il est caractérisé par une plaque de 5-8 centimètres de diamètre, d'un rouge brunâtre, très finement squameuse, toujours localisée au pli de l'aine, mais le dépassant à peine vers le bas-ventre, et s'étendant au contraire beaucoup plus bas sur la racine de la cuisse. Les placards de l'érythrasma sont toujours orbiculaires. On en trouve souvent plusieurs, côte à côte: ce sont ordinairement deux ou trois cercles qui se coupent. La plaque érythrasmique a la même physionomie sur toute sa surface, en son centre et sur ses bords.



Fig. 117. — Préparation extemporanée d'une squame d'érythrasma. Obj. 1/12, ocul. 2 de Leitz. (Préparation de Sabouraud, Dessin de H. Gillet.)

La dermatose à laquelle l'érythrasma ressemble le plus est la trichophytie, mais celle-ci montre toujours en ces régions un bord plus rouge que le centre de la lésion, et ce

est légèrement surélevé et toujours visiblement vésiculeux. Rien la dans l'érythrasma.

rythrasma existe presque toujours dans les deux plis de l'aine, ou moins inégalement : il atteint aussi les bourses sur une sur-correspondant à la surface contaminée de la cuisse.

ns les cas où cette affection est le plus développée, elle occupe eux aines, les deux aisselles, et l'on voit même quelquefois, à dis-, sur la peau de la cuisse, des plaques grandes comme 2 et 5 francs minées en petit nombre. Cette affection est beaucoup plus fré-te chez l'homme que chez la femme, elle est monomorphe, tou-semblable à elle-même, chronique, d'une durée indéfinie, aisé-récidivante après guérison, si le traitement a été médiocre.

parasite causal de cette affection est le *Microsporum minutis-m* de von Baresprung, parasite cryptogamique d'une finesse me, dont les dimensions sont très voisines de celles des bacté-Pour le bien voir, il faut recueillir les poussières squameuses grattage avec une lame de verre et les y coller par un lavage à er, les colorer avec la thionine phéniquée au 1/200, ou toute cou-basique d'aniline. On verra, parmi les squames, le parasite sous rme ci-contre (fig. 117).

traitement de l'érythrasma doit être poursuivi longtemps pour ier des résultats définitifs. La teinture d'iode diluée au 1/10 ou le nanganate de potasse au 1/1000, sont les médicaments de choix à loyer. Leur application régulière, quotidienne, fait disparaître en jours les taches d'érythrasma et les guérit en 15 ou 20 jours. eiller les récidives possibles.

TRICHOPHYTIE

trichophytie de l'aine est très fréquente, également chez l'homme iez la femme. Beaucoup de dermatologistes la confondent avec thrasma. Elle a le même siège, la même forme en plaques les d'assez grand diamètre (5-10 centimètres), et la même dispo-n polycircinée, mais les placards trichophytiques sont plus grands, r fig. 115) plus polycycliques, plus irréguliers que les placards hrasmiques, et ils s'en distinguent en outre, en ce que la plaque ythrasma est d'un brun-rouge uniforme, tandis que la plaque tri-hytique est d'un rouge plus vif, et son pourtour semé de fines

vésicules qui contiennent un liquide séreux un peu louche. L'examen microscopique de ce liquide, ou des squames du centre de la plaque, montre les éléments mycéliens septés, caractéristiques de l'herpès circiné de tous sièges. Ici le mycélium est relativement mince et les septa ou cloisons assez espacés (fig. 118).

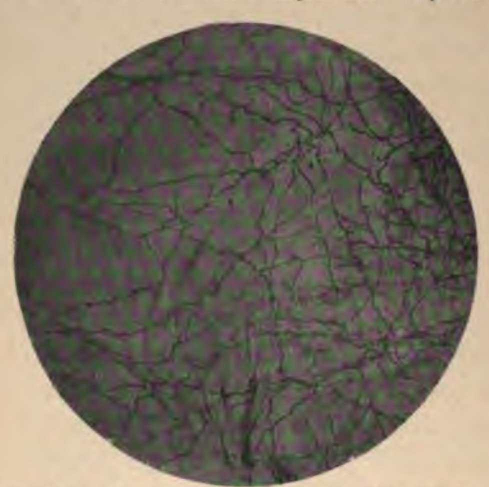


Fig. 118. — Squame de trichophytie inguinale (400 diamètres). (Préparation de Sabouraud. Photographie de Noiré.)



Fig. 119. — *Trichophyton intertrigineux* des trichophyties des plis (Sabouraud). Culture sur gélose peptone glycérinée à 0/0, âgée de trois semaines.

La culture de ce parasite montre qu'il s'agit toujours de la même espèce trichophytique dont voici l'aspect (fig. 119).

Cette espèce ne se rencontre que dans des trichophyties intertrigineuses inguino-scrotales ou vulvaires, axillaires (p. 289), ou sous-mammaires (p. 558).

Le traitement est le même que celui de l'érythrasma, mais demande des applications plus vigoureuses de solutions iodées plus fortes.

Teinture d'iode.	20	grammes.
Alcoolat de lavande.	10	—
Alcool à 60°	80	—

On peut se servir aussi de pommades iodées.

Lainine anhydre	ãã 20 grammes.
Eau distillée	
Iode métallique.	ãã 40 centigrammes.
Iodure de potassium.	

La trichophytie intertrigineuse est moins difficile à faire disparaître que l'érythrasma, et moins récidivante.

SYPHILIS

La syphilis peut être représentée par le *chancre induré* de la base la verge. Il est rare de la voir situé dans le pli inguinal. Il est habiellement ovale, très large atteignant quelquefois deux centimètres grand diamètre. Son induration peut être très marquée, cartilagiuse. Il est toujours plat, sa surface est exulcérée non suintante. Il t souvent entouré d'un bourrelet plat épidermisé de 3 à 5 millimètres large; sa marche et sa disparition sont normales.

La région inguino-scrotale ou vulvaire montre souvent des syphilides condaires, florides, du type des papules secondaires exulcérées, dites aques muqueuses cutanées. Elles sont quelquefois quasi confluentes, ignant presque dans un liquide sanieux très fétide. Le diagnostic est it, par exclusion surtout; aucune autre espèce morbide ne réalisant ce bleau. En outre le commémoratif du chancre, les pléiades ganglionires, l'éruption secondaire généralisée, etc... ont en général vite fait certifier ce diagnostic.

MALADIE DE DARIER

La psorospermose folliculaire végétante présente, aux plis de l'aine au bas-ventre, une de ses localisations principales. J'en rappelle bord la lésion élémentaire et ensuite la topographie.

La lésion élémentaire est une croûte brune, de surface plane et de me conoïde occupant et dilatant les orifices pilo-sébacés. Ceux-ci upent le centre d'une papule, ces papules se fusionnent quelquefois groupe, ou bien chacune reste distincte. Elles sont assez molles de sistance, de couleur grisâtre.

La maladie a ses centres de développement dans les régions sébor-iques de la face, de la poitrine et du dos (médiothorax), aux aisselles aux plis de l'aine, aux mains, etc.

Aux plis de l'aine, les lésions élémentaires sont confluentes. Elles spacent davantage, et diminuent à la fois de dimension et de nbre à mesure qu'on s'écarte de ce centre de la région pour enviger un point plus distant de lui. La maladie débute ordinairement is l'adolescence, elle se développe peu à peu, demeure chronique et rétrocède jamais sans traitement.

Le traitement symptomatique, et non étiologique, puisque la ca
la maladie est inconnue, est palliatif, non curateur. Il est externe
sivement et comprend l'emploi associé des médicaments réduc
kératolytiques.

Voici deux types de formules :

1°	Soufre précipité	ãã	1 gramme.
	Cinabre		
	Acide salicylique		
	Résorcine		
	Lanoline	ãã	15 gramme
	Vaseline		
2°	Huile de cade		10 gramme
	Lanoline		20 —
	Ichtyol	ãã	1 gramme.
	Résorcine		
	Huile de bouleau		

... la première étant plus mordante que la deuxième. Le dosag
topiques est à varier suivant les réactions cutanées du sujet. Le
prolongés additionnés de 200 grammes de sous-carbonate de s
de 100 grammes de gélatine, pour 300 litres d'eau, donnent a
bons résultats comme adjuvants des topiques externes.

DERMITE INTERTRIGINEUSE SÉNILE

Les vieillards, surtout obèses, présentent souvent une der
plis qui se distingue fort de l'intertrigo de même siège chez d
plus jeunes. Il occupe le pli transverse sus-pubien, les deux pli
naux, et le pli interfessier. Il est très inflammatoire et de syn
fonctionnels très accentués.

Le pli peut être fissuraire, très douloureux. De part et d'aut
fissure sont deux surfaces plus ou moins exulcérées ou sèch
toujours d'*un rouge violâtre, lie de vin*, quelquefois plus large
main.

J'ai vu cette dermite chez un goutteux à tophus, à rétraction
neuses et à grandes attaques de goutte, une deuxième fois
homme atteint d'arthrite sèche du genou avec subluxation, un
fois chez une femme atteinte de *morbus coxae senilis*, d'au
sans manifestations articulaires, mais presque toujours chez de
à urines hyperacides excessivement, et dans un âge avancé.

Cette dermite intertrigineuse qui peut ou non être infectée d

es me semble différer cliniquement de l'intertrigo, par son ité et sa chronicité; elle est d'un traitement très délicat et de ons souvent incomplètes. Il faut traiter l'hyperacidité urinaire e saison de Vichy, par le phosphate et le bicarbonate de soude, ate de magnésie, etc. Le traitement local doit être prudent sous l'être irritant ou mal toléré.

:ool à 60° avec des traces d'iode est d'application très cuisante oulage ensuite beaucoup le malade. L'acide picrique au 1/500, le nganate de potasse au 1/5000 ou au 1/10000 donnent des résul-alogues.

; l'intervalle des applications, on panse avec des crèmes ou pom-très douces et couvrantes et on interpose entre les plis de la es bandes de fine toile imprégnées de cérat frais, de cold-cream u d'axonge absolument fraîche sans aucun topique actif.

ÉMÉIOLOGIE DERMATOLOGIQUE DES GANGLIONS INGUINAUX

di de l'aine contient les centres lymphatiques ganglionnaires de égions : le membre inférieur, les organes génitaux, l'anus.

e paquet ganglionnaire correspondant au réseau lymphatique du re inférieur est au niveau de l'abouchement de la veine saphène e à la veine fémorale. C'est là que se produit l'engorgement gan-aire douloureux qui accompagne les traumatismes septiques du les blessures sales, les piqûres, coupures, suppurations péri-ales, abcès, phlyctènes traumatiques passées à la suppuration, angites provenant de la section malpropre et trop profonde des u durillons, de la suppuration de bourses séreuses autour de nations chroniques articulaires (oignons), etc. Je n'insisterai pas s accidents qui ne sont pas proprement du domaine de la der-ogie.

ulcérations ecthymateuses, l'ulcère de jambe, les plaies de s'accompagnent, les premières toujours, les autres fréquemment, nphangites. L'ulcère chronique de jambe s'accompagne de lym-ites à répétition qui sont de vrais érysipèles (p. 344), et dont les ons ne sont pas poplités mais saphènes.

adénites inflammatoires simples n'ont dans les syndromes qu'elles pagnent qu'une importance secondaire. On ne les voit guère rer. Elles se terminent on peut dire toujours par résolution.

II. **Les adénites correspondant aux lésions génitales** occupent les 2/3 internes du pli de l'aine. Le groupe ganglionnaire inguinal est échelonné sur une longueur de 10 centimètres environ et comprend 5 à 7 ganglions distincts.

A. *Les balanites inflammatoires*, vives, suppurées, simples ou blennorragiques, ne s'accompagnent que d'une réaction ganglionnaire simple et passagère.

B. L'*adénite du chancre induré* comprend deux éléments. Il y a la « pléïade » de Ricord, et le ganglion indicateur du chancre. Tous les ganglions sont augmentés de volume et indurés, ils ont la consistance spéciale bien connue, comparée à celle de balles de caoutchouc de même volume. Ces ganglions sont mobiles, roulent sous le doigt; ils sont visibles à l'œil chez les gens très maigres. Ils ne sont pas sensibles spontanément. La pression même n'en est pas douloureuse. Ils existent presque également dans les deux aines. C'est la polyadénite syphilitique secondaire qui, en se généralisant à tous les ganglions du corps, constituera la poly-micro-adénite secondaire des auteurs.

En outre, du côté droit si le chancre est à droite, et inversement, on observe un ganglion qui présente un volume double de tous les autres. Il est aussi un peu plus mou, et un peu plus sensible. C'est le ganglion indicateur ou « satellite » du chancre induré, celui que Ricord appelait plaisamment le Préfet de l'Aine. Aucun traitement n'est à diriger contre les ganglions syphilitiques. En 3 à 6 mois le ganglion indicateur reprend peu à peu le volume des autres, en 10 à 18 mois la polyadénite s'efface et les ganglions reviennent à leur volume normal. Mais bien des mois après la roséole, lorsqu'un médecin cherchera la preuve d'une syphilis pour lui douteuse, c'est à la palpation des ganglions qu'il s'adressera, et d'abord à celle des ganglions inguinaux.

BUBON GÉNITAL SUPPURÉ. — CHANCRELLE GANGLIONNAIRE

Quelquefois au cours de l'évolution du chancre mou du prépuce ou du gland (p. 475), on voit un ganglion de l'aine se tuméfier et présenter tous les symptômes inflammatoires y compris la douleur spontanée, exagérée à la pression. Le *bubon* se forme et grandit, puis la peau rougit, se fixe à la tumeur. Elle devient violacée, elle s'ulcère, découvrant un chancre ganglionnaire, qui suppure abondamment. Cet ulcère est de bords tailladés, il est profond, anfractueux, irrégulier.

le pus est normal, bien lié, strié quelquefois de sang. L'évolution du chancre ganglionnaire, une fois ouvert, est lentement réparatrice, et se termine, après deux mois, par la formation d'une cicatrice large, étoilée, vilaine et qui suffira par la suite à faire faire le diagnostic rétrospectif de l'affection qui l'a causée.

Je résumerai brièvement ce qu'il importe au praticien de connaître sur ce sujet, de plus que ce qui précède. La tumeur une fois dessinée, aboutira toujours à l'ulcération : ce n'est pas une adénite simple, *c'est un chancre mou ganglionnaire*. Elle est donc à traiter comme un chancre par les détersifs, les caustiques ou les antiseptiques les plus actifs. La méthode qui consiste à vider l'abcès à la seringue avant son ouverture spontanée et à injecter dans la cavité ainsi vidée de l'éther camphré, de l'éther iodoformé, etc... a donné quelques résultats soit en détruisant le bacille de Ducrey, soit plutôt en retardant l'ouverture



FIG. 120. — Bubon chancrelleux phagédénique. (Malade de Du Castel. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 2050.)

de l'abcès ganglionnaire, ce qui permet d'obtenir la résorption spontanée de l'abcès parce que la vie du bacille dans le ganglion est précaire et qu'il y meurt vite.... Le chancre ganglionnaire, une fois ouvert, peut être traité par la pommade iodoformée au 1/20, la pommade au sous-carbonate de fer au 1/40, le tannin camphré, etc.

Le phagédénisme du chancre ganglionnaire a été observé, comme celui du chancre mou de tous sièges (fig. 120). Il serait traité de même ici (p. 476).

III. Les ganglions correspondant aux lésions anales occupent le 1/3 externe du pli inguinal. Pour les bien sentir quand leur développement n'est pas considérable, on doit palper la région sur le sujet *placé debout*. Quand, dans un cas suspect, la palpation des 2/3 internes du pli inguinal est négative, le palper du 1/3 externe doit être toujours très attentif.

Les inflammations chroniques de l'anus : hémorroïdes, fistules et fissures, tuberculoses anales, etc... peuvent donner des ganglions inguinaux cela est certain. Mais où le ganglion indicateur et satellite, unique et énorme (gros comme une petite noix) est précieux, c'est pour certifier la nature d'une lésion indurée de l'anus, lorsque le diagnostic est hésitant entre un chancre induré et une hémorroïde par exemple. Le chancre induré de l'anus s'en accompagne invariablement.

IV. Les trois groupes de ganglions de l'aine *sont augmentés de volume*, « engorgés », dans un certain nombre d'affections. Dans le *prurigo de Hebra*, chez l'adolescent, par exemple, les paquets ganglionnaires de l'aine peuvent être visibles à l'œil sans palper.

De même dans le *prurit sénile*, ils sont alors plus petits et plus durs ce qu'explique l'âge du patient. Ils sont également tous pris, gros, sensibles, dans le *prurit prémycosique*, le *mycosis fongoïde*, la *leucémie*. Mais, dans tous ces cas, les adénites ne sont qu'un épiphénomène, insuffisant à lui seul pour fixer le diagnostic, aussi n'y insisterai-je pas davantage.

CUISSE

.a cuisse, à proprement parler, ne présente aucune dermatose qui soit propre; néanmoins elle est une des régions que beaucoup de matoses préfèrent.

\ ce sujet on peut dire que la cuisse se partage en deux segments gaux. Le segment supérieur, comprenant 1/3 de sa face antéro-erne, présente les maladies du pli de l'aine, tandis que l'autre seg-nt qui comprend ses 2/3 inférieurs et toute sa face externe n'a pas même individualité.

Ainsi le segment supéro-interne montre développement de l'intertrigo inguinal.	Intertrigo. . . . . p. 308.
... les placards aberrants de l'éry-rasma, placards ronds, rouges, finement uameux	Erythrasma . . . . p. 309.
... les dessins ornementaux lisérés de uge de la trichophytie inguinale. . . .	Trichophytie inguinale. . . . . p. 310.
En outre la face interne de la cuisse est e région de prédilection pour les prurits.	Prurit. . . . . . . p. 310.
... et pour les lésions qui les suivent les accompagnent	Lichénisation . . . p. 310.
Du reste la face interne de la cuisse pré-nte une peau douce qui montre facile-ent de l'eczéma suintant et de l'eczéma placards	Eczéma suintant. . p. 311.
... Beaucoup de traumatismes, surtout édicamenteux, peuvent y donner lieu à ne dermite d'aspect assez particulier . .	Dermites diverses traumatiques . . p. 312.
La kératose pilaire, avec ses élevures rnées ostio-folliculaires, occupe plutôt la ice externe de la cuisse.	Kératose pilaire . . p. 312.
La face interne de la cuisse présente ussi des varices, plus ou moins considé-ables; saillantes, douloureuses, chroni-uement enflammées et la peau au-dessus elle peut montrer diverses altérations. .	Varices et dermatoses variqueuses . p. 313.
L'ichtyose couvre de son hyperkératose néralisée en cuirasse toute la surface de cuisse, surtout la face externe.	Ichtyose. . . . . . p. 314.

C'est aussi sur cette surface que s'observe la desquamation des alités connue autrefois sous le nom de pityriasis tabescentium	**Desquamation des alités** . . . . . p. 315.
D'autres éruptions s'observent indifféremment sur toutes les faces du membre. Ainsi les traînées papuleuses lie de vin du **lichen plan** *d'E. Wilson*.	**Lichen plan** . . . . p. 315.
... les pustules plus ou moins superficielles ou profondes de la **furonculose** *généralisée*.	**Furonculose** . . . . p. 316.

Je ne mentionne que pour mémoire, que la cuisse est un des points où s'observent le plus souvent les poussées éruptives polymorphes de la maladie de Duhring (p. 679), et les efflorescences de la lèpre anesthésique (p. 734).

INTERTRIGO

L'intertrigo du pli inguinal, dans ses formes exsudatives et demi-croûteuses, peut affecter des allures envahissantes, et s'étendre largement, sur les régions avoisinantes.

Il déborde alors sur la face antéro-interne de la cuisse, et y crée en dehors du placard proprement dit intertrigineux qui a le pli de l'aine pour grand axe, des placards identiques à ceux de l'eczéma dit impétigineux. Ce sont des taches de 2 à 3 centimètres de diamètre, irrégulièrement rondes, dépouillées de couche épidermique cornée, suintantes ou demi-suintantes, et recouvertes de croûtelles qui semblent faites d'une poudre cristalline jaune comme de résine ou de la colophane.

Ce sont des taches secondaires d'*impétigo en nappe, streptococciques*, semées autour de l'intertrigo streptococcique, lésion primaire.

Le même traitement leur est applicable, à elles et à l'intertrigo dont elles procèdent (p. 297). Applications de nitrate d'argent au 1/15, et pommades couvrantes.

Oxyde de zinc.	10 grammes.
Vaseline	40 —

Intertrigo chronique hyperplasique. — A côté des intertrigos je placerai ici comme je l'ai fait au chapitre de l'aisselle (p. 291) un type morbide que je ne trouve bien décrit dans aucun auteur. Objectivement, la dermite hyperplasique intertrigineuse dont je parle, ressemble

aux placards de lichénisation, lichénification, névrodermite des auteurs. Car la peau à partir du pli inguinal ou génito-crural est épaissie, hyperplasiée, dure, partagée en losanges par de petits plis quadrillés : mais, tandis que dans les placards lichénisés, la surface des losanges est plate, lisse et presque vernissée, ici chaque losange fait une bosselure comme un capiton, sa surface n'est pas sèche, elle est moite, elle n'est ni lisse ni vernissée, et la friction du doigt en détache des débris épidermiques. Cet état résulte d'une macération et d'une infection intertrigineuse chronique, qui s'observe dans beaucoup de cas où le volume des organes génitaux mâles étant augmenté, augmente leur surface de contact avec la cuisse : varicocèle, hydrocèle, etc., ou bien quand, chez la femme, un écoulement vaginal muco-purulent, ou irritant, souille constamment la paroi crurale : vaginite, blennorragie, diabète. Le prurit est toujours très marqué.

Le traitement consiste toujours dans la suppression de la cause quand c'est possible. En outre les frictions quotidiennes avec une teinture d'iode faible :

Teinture d'iode	20 grammes.
Alcool à 60°.	180 —

alternant avec les applications de pâte de zinc sont toujours ce qui m'a paru donner les meilleurs résultats.

ÉRYTHRASMA

Il n'existe pas d'érythrasma de la cuisse, sans érythrasma inguinal (p. 298) ; mais j'ai dit que les grandes taches orbiculaires roussâtres, sèches et finement furfureuses de l'érythrasma, quoique nées dans le pli de l'aine, ont plus de tendance à se développer sur la cuisse que sur le bas-ventre. Aussi voit-on de grandes taches érythrasmiques de 6 et 8 centimètres de diamètre, tout entières sur la face interne de la cuisse, ne toucher au pli de l'aine que par une mince partie de leur surface. Dans ce cas, souvent aussi, voit-on de petits disques d'érythrasma grands comme une pièce de 2 francs ou de 5 francs, au nombre de 1 à 4 au plus, disséminés sur la cuisse, quelquefois jusqu'au tiers inférieur, isolés de toute connexion avec l'éruption-mère dont ils procèdent.

Leur nature est certifiée par l'examen microscopique (p. 298) et leur traitement est celui de l'érythrasma de tous sièges (p. 299).

Frictions quotidiennes répétées plusieurs semaines avec

Teinture d'iode fraîche	10	grammes.
Alcool à 60°	80	—

TRICHOPHYTIE INGUINALE

La trichophytie inguinale peut, comme l'érythrasma, se développer aux dépens de la peau de la surface interne de la cuisse.

Elle n'y existe que comme un prolongement et un développement de la lésion inguinale (p. 299) et ne comporte en cette région ni symptomatique ni thérapeutique particulière. Je n'y insisterai pas.

PRURIT ET LICHÉNISATION

Le prurit n'atteint pas ordinairement le pli de l'aine mais la racine de la cuisse, à sa face interne, immédiatement au-dessous du pli. C'est là que s'observe l'état d'infiltrat chronique dur de la peau avec hypertrophie papillaire qui est l'ancien *lichen circumscriptus*, aujourd'hui suivant les auteurs, le placard de névrodermite, de prurigo lichénisé, de lichénisation ou de lichénification.

La peau est saillante, épaissie, pachydermique; son pli est d'une épaisseur double ou triple de celui de la peau voisine normale. La surface de la peau est lisse, brillante, formée de papules plates, losangiques, séparées par des intervalles linéaires, le tout figurant un parquet ou un dallage. Autour du ou des placards qui sont ainsi constitués, le prurit existe aussi et les lésions du prurigo, les papules acuminées que le grattage a tronquées et qui se voient recouvertes chacune d'une croûtelle minuscule, conique, rougeâtre.

Dans certains cas l'eczématisation et le suintement prennent le pas sur la lichénisation et l'état pachydermique, dans d'autres c'est le contraire. Quoi qu'il en soit, ces lésions sont d'une durée indéfinie et leurs symptômes fonctionnels : cuisson et prurit sont excessivement pénibles.

Jusqu'ici il y avait deux méthodes thérapeutiques pour traiter ces lésions: la méthode des topiques externes anti-prurigineux :

Glycéré d'amidon		40 grammes.
Résorcine	ãã	1 gramme.
Acide tartrique	ãã	1 gramme.
Menthol	ãã	1 gramme.

u des emplâtres : emplâtre à l'huile de foie de morue (Vidal) et
raitement du système nerveux du sujet par des douches tièdes
ues peu percussives et d'action sédative.
ujourd'hui on diminue le prurit par la haute fréquence unipo-
ou l'effluvation, l'œdème local par les demi-séances des rayons X



21. — Dermite chronique. — Eczématisation prurigineuse de la vulve et de la face interne de la cuisse. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

'on traite les dernières lésions par les applications réductrices, ıtolytiques. Les résultats sont incomparablement meilleurs.

Huile de cade		10 grammes.
Lanoline		20 —
Résorcine	ãã	1 gramme.
Ichtyol	ãã	1 gramme.
Huile de bouleau	ãã	1 gramme.

ECZÉMAS SUINTANTS

s eczémas des régions à peau fine et des plis de flexion, ainsi que ype d'eczéma des adolescents que nous avons décrit déjà, en diverses

localisations, peuvent s'observer à la face interne de la cuisse. Il en existe des formes diffuses, avec de grands placards de 30 centimètres de haut et davantage, et des formes localisées en placards nummulaires, ronds un peu surélevés, suintants, croûteux à croûte jaune, papyracée, souvent quadrillée et fissurée.

Ces lésions, récidivantes ou durables sur place, n'ont pas un pronostic régional particulier. Leur pronostic et leur traitement se confondent avec le pronostic et le traitement de l'affection en général et de ses autres localisations.

DERMITES DIVERSES TRAUMATIQUES

Sur la cuisse, les dermites traumatiques prennent souvent un aspect figuré très spécial qui en imposerait à certains esprits pour une dermatose parasitaire. Ce sont des dermites rouges, sèches, composées d'efflorescences arrondies et segmentées comme des roues, comme des fleurs ouvertes. Tantôt il existe un placard composé de 4 à 5 efflorescences semblables et toutes voisines, tantôt la cuisse entière est couverte de lésions analogues, séparées par des placards de dermite rouge, sèche, plus diffuse.

Ces lésions sont ordinairement traumatiques, succédant à la frotte de la gale, à des applications médicamenteuses : pommades au styrax, au naphtol, au baume du Pérou, au soufre, à des bains sulfureux, à des bains alcalins trop forts, à des frictions de savon noir, d'eau sédative ou d'essence de térébenthine, contre des douleurs musculaires ou articulaires, etc., etc.

On peut voir cette dermite succéder à d'autres lésions (pityriasis rosé de Gibert, etc.) mal traitées par des irritants. Le traitement est dans la suppression de la cause, les bains tièdes calmants (son, amidon, gélatine), les applications couvrantes :

Oxyde de zinc.	20 grammes.
Vaseline	80 —

KÉRATOSE PILAIRE

La kératose ou ichtyose pilaire est un état morbide des surfaces d'extension des membres particulièrement du dos, du bras et de la face

terne de la cuisse. Il s'accuse vers quatorze ans et dure toute la vie, us ou moins marqué suivant les cas. Sur toute la région, la peau est placée, la circulation sanguine s'y fait mal, la température locale est sse, la peau paraît grenue, âpre, chagrinée. Ses aspérités sont des ints d'hyperkératose occupant l'orifice pilaire et l'obstruant. Très uvent, dans ce bouchon corné, on trouve un poil enroulé qui n'a pu averser l'obstacle corné qu'il rencontrait.

La cause de cet état est inconnue, la thérapeutique palliative. On se rt des kératolytiques qui sont souvent supportés à dose massive. ici par exemple un type de pommade active :

Acide salicylique	5	grammes.
Résorcine	5	—
Vaseline	30	—

Quand un médicament est actif, il détruit l'épiderme corné de la gion, qui se ride, et prend l'aspect d'une toile d'araignée collée sur peau.

Quand on veut augmenter la puissance du médicament actif emoyé, on applique, avant lui, sur la peau, une couche de savon noir issée en place 1/4 d'heure ou une heure avant qu'on la savonne. versement, quand un médicament actif est trop mordant, on alterne vec lui des applications de pommade calmante : oxyde de zinc 1/5.

Ainsi, avec un médicament donné, même dosé très approximativement, un malade peut conduire seul l'amélioration de son cas ou ne evoir le médecin que par intervalles plus espacés.

VARICES ET DERMATOSES VARIQUEUSES

Les varices de la cuisse, sur le trajet de la saphène, surtout au tiers upérieur et au tiers inférieur, sont fréquentes et peuvent faire la *tête le méduse*. Ces varices ont les causes voisines ou générales de toutes es varices, celles-ci mal définies comme chacun sait.

Les paquets variqueux sous-cutanés donnent lieu à une série d'altérations cutanées de la peau qui les recouvre. Cette peau devient noirâtre et villeuse : par hyperpigmentation et par hyperplasie du corps papillaire du derme. Cette lésion peut aller jusqu'à faire une hyperplasie locale et une hyperkératose analogue à celle du lichen plan orné.

Ces lésions sont à peu près irréductibles parce que leur cause est

persistante. Ce qu'il faut rechercher, c'est une bonne hygiène de la peau des variqueux : une compression douce des régions variqueuses par un tissu élastique et perméable à l'air; le pansement des lésions avec une crème de zinc, bien appliquée par massage, recouverte d'un morceau de lint aseptique, sous le tissu élastique qui fait la compression; tout cela améliore ces lésions dans la mesure du possible.

ICHTYOSE

L'ichtyose est une malformation congénitale qui se traduit par la non-déhiscence de la lame cornée une fois mûre, c'est-à-dire lorsque les cellules cornées ont perdu leur noyau visible.

Ainsi la peau apparait recouverte comme d'un crépi de muraille par un épiderme corné épaissi, âpre, chagriné, permanent, qui en raison de sa permanence absorbe toutes les poussières et prend une teinte grise ou noire. Dans les cas bénins, la peau semble revêtue d'une toile d'araignée, elle est rude et désagréable au toucher. Dans les cas plus graves, le contact de la peau rappelle le contact avec une lime; à la longue, surtout aux régions où l'épiderme corné est normalement plus épais, comme aux mains, l'hyperkératose se double d'un état quasi papillomateux de la peau que nous étudierons en son lieu (p. 398 et 449). Sur la face externe de chaque membre, l'ichtyose est plus prononcée qu'à la face interne, et les plis de flexion même sont indemnes, souvent dans les cas les plus marqués. Le diagnostic de cette difformité est facile, ne fût-ce que par sa permanence. Elle se prononce dans la première enfance et dure toute la vie. Les préparations que l'on peut conseiller sont de simples palliatifs : onctions chaque soir avec

Glycéré d'amidon neutre.	40 grammes.
Résorcine	40 centigrammes.

ou bien :

Oxyde de zinc.	20 grammes.
Vaseline	ãã 20.
Lanoline.	ãã 20.
Huile d'amandes	ãã 20.

et des bains fréquents, alcalins et gélatinés.

DESQUAMATION DES ALITÉS

C'est un symptôme non une maladie. La peau même saine s'exfolie perpétuellement par un furfur insensible. L'homme alité, malade, sans soins d'hygiène de la peau, garde sur son épiderme renouvelé des lambeaux d'épiderme vieux, déhiscent. Cette desquamation devient particulièrement nette sous un pansement occlusif permanent. Ce *pityriasis tabescentium* (*seborrhœa tabescentium* de Hébra) ne présente aucun intérêt pathologique; le graissage avec une graisse inerte et les savonnages, en enlevant ces déchets, refont au-dessous d'eux la peau normale.

LICHEN PLAN

La région de la cuisse est l'une de celles où le lichen plan développe ses éléments les plus florides et fait son éruption la plus confluente.

Comme partout, l'éruption lente, progressive, plus ou moins prurigineuse, débute par un stade où les éléments sont peu nombreux et où le diagnostic est difficile pour le médecin non spécialiste. De-ci, de-là sont des éléments roses, papuleux, plats, lisses et brillants en surface; ces éléments étant groupés, un plus gros au centre, entouré de nombreux petits. Peu à peu, la deuxième période survient, dans laquelle les éléments sont cohérents comme ceux d'une rougeole bien « sortie ». Alors sur le fond de la peau saine, restreint à de très petits espaces, d'innombrables taches et traînées rouges simulent une fièvre exanthématique. A les examiner de près, les papules sont presque confluentes; lorsqu'elles forment des placards, ces placards sont striés de lignes blanches sertissant les papilles, très caractéristiques.

Quand l'éruption vieillit, survient une troisième phase pigmentaire, dans laquelle chaque papule effacée est remplacée par une tache pigmentaire de même forme et qui s'efface à son tour.

Le lichen plan n'a pas de traitement spécifique. Son traitement est symptomatique. On lutte contre le prurit par la balnéation, les douches tièdes, la haute fréquence, les pommades, crèmes et glycérés anti-prurigineux, résorcinés, tartriques, mentholés au 1/100 (p. 625).

FURONCULOSE

La furonculose, même quand elle tend à se généraliser, garde encore des surfaces d'élection qui sont plutôt les fesses, les épaules; mais la cuisse garde une propension à laisser croître, chez les blonds, en état de misère physiologique, les pustules folliculaires orificielles, staphylococciques, qui sont, au cuir chevelu, l'impétigo de Bockhart et qui peuvent avorter ou devenir un furoncle vrai (p. 206). C'est un fait que j'ai vu assez fréquent pour être remarquable.

Dans ces cas, donner au malade une alimentation très phosphorée, et même de l'acide phosphorique officinal en gouttes (10-20 par repas, 20-40 par jour dans un peu d'eau ou de bière).

En même temps on traitera chaque élément pustuleux par l'épilation du poil qui le centre, et l'application locale, au pinceau, sur la pustule ouverte, d'une goutte de teinture d'iode, d'alcool camphré ou d'alcool boriqué à saturation; une piqûre de galvano-cautère est très efficace aussi pour faire avorter ces éléments à leur début.

BRAS

La région du bras présente très peu de dermatoses qui lui soient tant soit peu particulières.

C'est la région où l'on pratique traditionnellement la vaccine jennérienne, nous étudierons la vaccine avec elle.	**Vaccine . . . . . p. 318.**
Ensuite nous étudierons ses complications bénignes : vaccine généralisée, vaccine secondaire par auto-inoculation, la fausse vaccine, la roséole vaccinale et l'érythème polymorphe vaccinal.	**Complications bénignes de la vaccine. . . . . . . p. 318.**
Les complications sérieuses de la vaccine demanderont chacune un paragraphe spécial. En premier lieu nous placerons l'érysipèle vaccinal.	**Érysipèle vaccinal . p. 319.**
La vaccine ulcéreuse ensuite, qu'on a pu voir contagieuse et épidémique dans de rares cas	**Vaccine ulcéreuse . p. 319.**
Enfin le chancre, vaccinal, syphilitique, qu'on a pu voir inoculé aussi en série. . .	**Syphilis vaccinale. . p. 320.**
Le bras est la région par excellence de la kératose pilaire, pour laquelle assez souvent les jeunes filles peuvent demander un conseil.	**Kératose pilaire . . p. 320.**
Sa face externe est l'une des régions où l'ichtyose peut paraître le plus marquée .	**Ichtyose. . . . . . p. 322.**
Le bras, comme la cuisse, est une région où s'observent fréquemment les taches furfuracées de diverses sortes, à tort réunies sous le nom commun de séborrhéides. . .	**Séborrhéides. . . . p. 322.**
Le bras est la région où l'on plaçait jadis les vésicatoires permanents que le médecin peut avoir à faire fermer	**Vésicatoire permanent. . . . . . . p. 323.**
Sur leur cicatrice, peuvent se développer des tuberculoses ou des épithéliomas, qui demandent à être traités sans retard . . .	**Leur cicatrice et ses infections . . . . p. 323.**

VACCINE

« Lorsque l'inoculation a été pratiquée de bras à bras ou directement de la génisse (moyen de beaucoup le plus efficace chez les réfractaires), chez un enfant sain, vigoureux et bien portant, qui n'a été ni vacciné depuis 10 ans, ni variolisé dans les 5 à 10 années précédentes, on voit dès le 3ᵉ ou 4ᵉ jour paraître une petite papule rouge saillante; le 5ᵉ jour la papule devient vésicule et s'entoure d'une zone rouge. Le 6ᵉ jour paraît une petite pustule qui s'élargit et s'ombilique le 7ᵉ ou 8ᵉ jour, époque à laquelle elle est complète, d'un blanc mat ou à reflet argenté et nacré. Du 8ᵉ au 10ᵉ jour, elle s'élargit encore, provoquant le plus souvent du prurit, quelquefois un léger engorgement ganglionnaire. Le plus souvent, chez l'enfant nouveau-né, la plupart des inoculations s'accompagnent de pustules, parfois bigéminées. Étudié par von Jaksch et Erich Peiper, le mouvement fébrile apparaît 6 fois sur 30 du 4ᵉ au 7ᵉ jour. Rarement il atteint 38 degrés et encore moins 40, à moins d'une infection superposée. La fièvre affecte alors le type rémittent. On ne l'observe pas, en général, chez les enfants revaccinés. Le pouls est toujours en concordance avec l'élévation thermique. Enfin il est habituel de voir pendant la période vaccinale, l'accroissement en poids se ralentir ou se suspendre chez l'enfant au sein. Du 10ᵉ au 13ᵉ jour la pustule se sèche. Du 13ᵉ au 30ᵉ jour, la croûte se détache laissant une cicatrice gaufrée » (H. Daucher).

COMPLICATIONS BÉNIGNES DE LA VACCINE

Il y a un certain nombre de cas (très rares) de *vaccine généralisée* avec apparition de 20, 50, 100 pustules de vaccin sur tout le corps.

Il existe des cas, ceux-ci assez fréquents de *vaccine secondaire par auto-inoculation*, apparaissant du 8ᵉ au 13ᵉ jour après l'inoculation première, et 5 à 8 jours après le contact qui a déterminé les inoculations secondes.

La *fausse vaccine* ou mieux *vaccinoïde* est une pustulette de vaccine abortive survenant à l'occasion d'une *revaccination* chez un enfant qu'une première vaccination a fait quasi-réfractaire. Même sous cette forme atténuée, la vaccine renforce l'immunité du sujet contre la variole.

La *roséole vaccinale* est apyrétique, apparaît du 4ᵉ au 11ᵉ jour après la vaccination; elle dure 2 à 4 jours et disparaît.

érythème polymorphe vaccinal et l'urticaire post-vaccinal sont raretés.

ÉRYSIPÈLE VACCINAL



FIG. 122. — Eruption gangréneuse (?) consécutive à la vaccination. Malade de J. Hutchinson. (*Medico-chirurgical transactions.*)

.a vaccine a pu être cause d'érysi- local. Suivant les cas, ou bien érosité vaccinale était extraite d'un cin humain compliqué de surin- ion impétigineuse, ou bien le mé- in s'est servi pour la vaccination n instrument antérieurement illé et non stérilisé, ou bien il a ffisamment nettoyé la peau de la ion à vacciner, chez un enfant pré- tant déjà des lésions streptococci- s, ou dont les frères ou parents présentaient. Ou bien l'infection sipélateuse s'est produite par le it vaccinal non protégé, dans une :he ou des salles d'hôpital, conte- t déjà des érysipélateux.

es cas ont été bénins ou graves. lques-uns se sont accompagnés de ticémie mortelle. Le plus souvent érysipèle a évolué comme l'érysi- e de la face (p. 26). Il compor- ait le même traitement.

VACCINE ULCÉREUSE ET GANGRÉNEUSE

l semble que les cas de vaccine ul- euse soient des cas d'ecthyma ulcé- x (p. 532) surajouté à la vaccine. ulcération creuse, de 1 à 3 centi- res de diamètre s'accompagne d'inflammation périphérique intense, mphangites, de ganglions douloureux, et qui peuvent suppurer, et de symptômes généraux plus ou moins graves.

Certains auteurs ont décrit et figuré des cas fort rares de *gangrènes multiples* de la peau, spontanée (?) ou secondaire. Ces cas sont sans doute à rapprocher de ce qui sera décrit plus loin sous le nom de gangrène spontanée ou foudroyante du scrotum (p. 484). Mais ici les points de sphacèle sont multiples, naissent ensemble comme les éléments d'une fièvre éruptive et évoluent ensemble avec des symptômes généraux graves. L'issue est fatale le plus souvent. Le traitement serait celui des phagédénismes en général.

Nous plaçons ici un résumé bref de ces accidents, heureusement rares, parce qu'on les a vus consécutifs à des inoculations septiques accidentelles, celle de la vaccine en particulier.

SYPHILIS VACCINALE

Le chancre vaccinal apparait du 10e au 20e jour après la vaccine, se constitue et augmente pendant les 15 jours suivants. Il est excorié, quelquefois recouvert d'une croûte mince mais jamais ulcéreux; l'exulcération de surface peut couronner le plateau induré et saillant du chancre. Le chancre est comme une soucoupe plate, son induration est très perceptible. La réaction locale est quasi nulle, le ganglion satellite existe mais indolore; pas de lymphangite, pas de fièvre. La roséole et les accidents secondaires suivent à date fixe (voir *Syphilis*, p. 720).

KÉRATOSE PILAIRE

La partie externe et postérieure du bras, le *dos du bras* est le siège par excellence de cette anomalie cutanée, d'origine probablement congénitale, mais qui s'accuse de la deuxième enfance jusqu'à l'âge adulte, et dont la lésion élémentaire consiste en un petit cône aplati d'hyperkératose occupant chaque orifice pilaire.

Ordinairement la peau du sujet est froide, un peu violette; sa circulation est médiocre; au toucher la peau est sèche, rugueuse. Chaque orifice pilaire, souvent marqué d'un point violet assez foncé, est, ou bien comblé ou bien entouré par une surproduction cornée légèrement saillante, conique quand l'orifice est comblé, cratériforme quand il reste ouvert. Le poil de ces follicules est toujours atrophique, médiocre, mal venu, souvent invisible, enclavé dans la surproduction cornée et enroulé en tire-bouchon.

ette lésion, qu'on a nommée non sans raison *ichtyose pilaire* est onique, difficile à réduire, et se reproduit quand on l'a fait dispa-re.

e traitement est du type des traitements dits d'exfoliation, employés tre les éphélides, etc. ; on applique des pommades soufrées, résor-



FIG. 123. — Kératose pilaire du bras. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

ées, salicylées jusqu'à destruction et desquamation de l'épiderme né.

xemple :

Glycéré d'amidon	40 grammes.
Soufre précipité.	1 gramme.
Résorcine	4 grammes.
Acide salicylique	4 —

On applique une pommade de ce type ou plus mordante encore; si elle provoque une cuisson vive, on la savonne après une heure, dans le cas contraire on la laisse plusieurs heures, une nuit, et on savonne le lendemain. Ces applications sont continuées jusqu'à exfoliation. Et ce traitement renouvelé aussi souvent qu'il est nécessaire. En cas d'irritation excessive, calmer avec une pommade à l'oxyde de zinc au 1/4.

ICHTYOSE

L'ichtyose malgré sa parenté avec l'ichtyose ou kératose pilaire doit en être distingué soigneusement car l'ichtyose vraie peut ne pas s'accompagner de kératose folliculaire. C'est, comme on sait, une hyperkératose *de surface*, plus marquée aux surfaces d'extension, moins aux plis de flexion, qui sont presque toujours normaux.

Il s'agit d'une malformation congénitale quelquefois héréditaire ou familiale.

L'ichtyose est incurable, une hygiène particulière permet toutefois d'en diminuer beaucoup la laideur et les inconvénients.

Les crèmes à l'oxyde de zinc ou les glycérolés d'amidon, résorcinés ou salicylés au 1/100e, assouplissent la peau et la rapprochent de l'état normal.

Il importe pourtant de prévenir le malade que l'amélioration que l'on produira ne sera pas une guérison radicale ni définitive.

SÉBORRHÉIDES

Le mot de *séborrhéides* recouvre un groupe confus de beaucoup de types morbides différents et analogues, caractérisés par de petites lésions furfuracées en taches disséminées. Certaines des lésions dénommées séborrhéides appartiennent à des types bien définis : pityriasis simplex (p. 587), lésion furfuracée streptococcique (p. 11), pityriasis rosé de Gibert (p. 588), psoriasis (p. 592); d'autres sont moins nettement caractérisées mais commencent à l'être, comme la parakeratosis variegata (p. 596), et le parapsoriasis en goutte de Brocq; d'autres ne le sont pas du tout encore.

La racine des membres est un siège fréquent de ces éruptions pityroïdes, mais, suivant leur nature, elles ont en outre un siège d'élection primitif qui les fait reconnaître; ainsi le pityriasis simplex au-devant de la poitrine; le pityriasis rosé de Gibert sur tout le torse, le psoriasis aux coudes et genoux, etc.

Ce sont ces localisations qui font faire le diagnostic. Les lésions rfuracées bénignes, à quelque type qu'elles appartiennent, bénéfient ordinairement des pommades cadiques faibles appliquées le soir savonnées le lendemain.

Huile de cade		4 grammes.
— de bouleau		1 gramme.
Ichtyol		1 —
Résorcine		1 —
Lanoline		5 grammes.
Vaseline	10 à	15 —

VÉSICATOIRES PERMANENTS

Les idées « humorales » d'autrefois faisaient souvent poser, auevant du bras, un vésicatoire dont on entretenait la suppuration ar des pommades épispastiques.

Il y a peu de médecins, désormais, qui croient à l'efficacité de cette ratique. Mais ces vésicatoires sont encore souvent posés et entretenus ans les campagnes en dehors de tout avis médical.

Les faire cicatriser en appliquant sur la plaie la pommade au sousarbonate de fer au 1/40e dont nous avons déjà donné la formule :

Sous-carbonate de fer en poudre	1 gramme.
Vaseline	40 grammes.

CICATRICES DE VÉSICATOIRES PERMANENTS

Les vésicatoires permanents, guéris, laissent une cicatrice indélébile, quelquefois couturée, kéloïdienne, rétractile, qui peut être des plus laides, et qu'on peut améliorer par les scarifications linéaires quadrillées, le port longtemps continué d'emplâtres à l'oxyde de zinc, etc.

Sur ces cicatrices, il est fréquent de voir évoluer soit une tuberculose chéloïdienne vraie, soit un lupus infiltré, fongueux ou ulcéreux, soit surtout un épithélioma surcicatriciel. Ce dernier cas surtout est pas rare à partir de l'âge moyen. Et ces épithéliomas implantés ur une cicatrice sont généralement d'assez mauvaises mœurs. Ces iverses complications seront traitées comme un lupus ordinaire). 22), ou comme une chéloïde ordinaire (p. 700), ou enfin comme n épithélioma spontané (p. 34). Celui-ci par *exérèse* et radiothé-pie de la cicatrice (p. 36).

RÉGION DU COUDE (FACE POSTÉRIEURE)

La région du coude est le siège électif premier de quelques dermatoses et l'une des localisations principales de plusieurs autres.

Comme aux genoux, l'ichtyose montre au coude ses lésions squameuses et sèches à un degré maximum.	**Ichtyose.** . . . . . p. 324.
Comme aux genoux, le psoriasis y fait ses premières lésions, squameuses, sèches.	**Psoriasis.** . . . . . p. 325.
Plus qu'aux genoux, le xanthome généralisé y montre ses lésions caractéristiques.	**Xanthome.** . . . . p. 326.
Les lésions tubéreuses et ulcéreuses du xanthome diabétique y présentent la même prédominance	**Xanthome diabétique** . . . . p. 327.
La gale montre au coude et autour du coude des lésions fréquentes, et dans l'ensemble des localisations génitales, fessières, digitales et axillaires de la maladie assez caractéristiques.	**Gale.** . . . . p. 327.
Au coude comme au genou, existe une bourse séreuse sous-cutanée dont l'inflammation crée l'hygroma	**Hygroma.** . . . . . p. 328.
En traitant des affections fréquentes de la région je serai amené à dire un mot de la palpation du nerf cubital et des résultats qu'elle fournit dans la lèpre.	**Nerf cubital dans la lèpre.** . . . . p. 328.

La séméiologie du ganglion épitrochléen sera étudiée. . . . . p. 358.

ICHTYOSE

La surface d'extension des quatre membres montre, dans l'ichtyose, les lésions les plus accentuées, et sur cette surface, aux coudes et aux genoux, elles sont plus marquées encore. Il n'est pas rare qu'une ichtyose, peu marquée sur la surface même des membres, soit très

accentuée aux coudes. La peau est recouverte d'une couche kératosique sèche, rugueuse, épaisse, toujours segmentée au niveau des plis que la peau du coude fait dans l'extension. Les plis peuvent être rouges, exulcérés, surtout pendant la saison froide, chez les personnes de métier manuel.

Traitement ordinaire de l'ichtyose : glycérine neutre ou bien

Glycérolé d'amidon neutre	40 grammes.
Résorcine	40 centigrammes.

Bains alcalins fréquents : 125 de sous-carbonate de soude pour un bain de 300 litres.

PSORIASIS

Dans le tableau du psoriasis, les taches squameuses du coude occupent une place clinique considérable. Dans les cas normaux, ce sont les premières en date, avec celles des genoux : et elles peuvent y exister pendant des années, sur place, sans qu'il s'en montre d'autres sur aucune région du corps autre que celles-là. Elles s'y présentent tantôt sous la forme d'un placard squameux unique, large, d'aspect sordide, épais de 3 millimètres, gris, bordé d'un minime liséré rouge. Il existe là depuis des années, et quand la croûte tombe, dit le malade, elle se renouvelle.

Si l'on gratte cette squame épaisse, on la dissocie, elle s'écaille et les écailles profondes sont blanches et douces au toucher, comme des écailles de savon. Si l'on enlève la squame d'un seul coup, ce qui est facile, elle découvre une peau rouge qui se couvre, en des points distincts, d'une fine rosée de sang (s. caractéristique). En d'autres cas la lésion est multiple. C'est autour d'un élément moyen un archipel de petits éléments semblables. Ou bien tous les éléments sont petits, de 3 à 4 millimètres de diamètre, recouverts chacun d'une épaisse squame adhérente lisérée de rouge ; et la squame et la peau sous-jacentes ont les mêmes caractéristiques dans les petites lésions que dans les grandes. Même quand les lésions du psoriasis se sont généralisées, ces lésions du coude demeurent les mêmes. Jamais elles ne régressent spontanément, mais au contraire, elles persistent ou elles s'étendent, et toujours en bas vers la face dorsale de l'avant-bras.

Le premier traitement consiste en un décapage qui se fera dans un bain ou bien à sec. Ensuite on traitera par les pommades cadiques :

Huile de cade		10 grammes.
Lanoline		20 —
Bioxyde jaune Hg	ãã	1 gramme.
Résorcine	ãã	1 gramme.
Acide pyrogallique	ãã	1 gramme.

ou chrysophaniques :

Chrysarobine	1 gramme.
Vaseline	30 grammes.

ou par les solutions chloroformiques de chrysarobine au 1/10 qu'on laisse sécher et qu'on recouvre de traumaticine. Le traitement dure au moins six semaines pour faire disparaître les lésions, et le double pour qu'on ait des chances de ne pas voir les lésions reparaître sur place.



Fig. 124. — Xanthome du coude. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 654.)

XANTHOME

J'ai décrit le xanthelasma des paupières, celui des coudes lui ressemble, mais les lésions y sont moins souvent disposées en nappe, plus souvent en éléments ronds ou oblongs, disséminés (fig. 124).

Ces éléments sont des papules à peu près plates, saillantes d'un millimètre, d'un jaune un peu rose assez particulier, demi-molles au toucher, tout à fait indolores. L'individu qui les porte, en porte aux deux coudes et le plus souvent aux deux genoux. Il en présente aussi aux paupières; mais le fait n'est pas constant. Enfin il en montre aussi au dos des doigts ou dans leurs plis, aux fesses (fig. 212) et quelquefois un peu partout; tous ces éléments présentant les mêmes caractères. Quelquefois le xanthome se présente au même siège sous la

forme d'une tumeur mamelonnaire beaucoup plus grosse, molle, et qui, sauf sa couleur et la distribution topographique des tumeurs semblables, ressemble à un molluscum (p. 703), c'est le xanthome tubéreux (fig. 125).

Dans ces deux formes, le traitement est le même que pour le xanthelasma des paupières; de petites pointes de feu galvaniques, demi-fines, demi-profondes, font disparaître ces tumeurs très rapidement et sans laisser de cicatrices. Aucun traitement interne ne parvient au même résultat.



Fig. 125. — Xanthome tubéreux. (Malade de Thibierge. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1770.)

XANTHOME DIABÉTIQUE

Le xanthome diabétique ne ressemble en aucune façon au précédent. (Sur leurs rapports entre eux voir p. 708.) Il se présente sous la forme de tumeurs petites ou grosses, mais dont certaines dépassent le volume d'une framboise. Ces tumeurs molles sont d'un rouge vineux, quelquefois exulcérées en surface ou même ulcéreuses. Elles existent sur toute la surface externe de l'avant-bras, quoique plus nombreuses autour du coude en général. Leur évolution est liée à celle d'un diabète. Le traitement par le galvano-cautère n'a pas été essayé par moi. Le traitement de la glycosurie est à instituer. Je panserais ces exulcérations avec la pommade au sous-carbonate de fer au 1/40.

GALE

La gale a ses principales localisations à la verge chez l'homme, à la ceinture, au-devant des aisselles, aux coudes, aux poignets, aux mains et aux doigts. La localisation aux coudes est presque constante. On y observe d'abord des lésions de grattage avec écorchures et petites traces de sang, traîné par les ongles; ensuite des vésicules excoriées,

couronnées d'une mince croûtelle rouge-brun de sang desséché. Il est rare d'y apercevoir un sillon caractéristique. Ces lésions sont localisées autour du coude sur une surface de 4 à 5 centimètres de diamètre, avec une élection remarquable. Elles sont très prurigineuses, surtout le soir et la nuit. Je rappelle que la gale respecte entièrement la tête et le cou (signe négatif important) : chercher la contagion autour du malade : si l'enfant se gratte comme la mère, ou bien la femme comme le mari, le diagnostic est certain. Traitement de la gale, page 605.

HYGROMA

Sous la peau du coude existe une bourse séreuse, qui s'enflamme quelquefois sous l'influence d'un traumatisme, de lésions suppuratives secondaires de la gale, après des lymphangites ou abcès de voisinage, etc. La tuméfaction produite ressemble exactement à la moitié d'une mandarine. La peau tendue sur sa surface convexe est rouge, chaude; tous les phénomènes réactionnels d'un abcès s'observent. Le traitement est chirurgical : compresses chaudes, tant qu'on peut espérer la résorption. Quand la suppuration est nette, ouverture, lavages, bourrer de gaze aseptique et laisser ouvert; la cicatrisation se fera en trois semaines.

NERF CUBITAL DANS LA LÈPRE

Le nerf cubital passe dans la gouttière que lui ménage une dépression de la tête du cubitus à la partie interne et postérieure de l'articulation du coude. Dans cette dépression et au-dessus d'elle, il a un trajet de quelques centimètres sous la peau, où la palpation peut en être faite.

Dans la lèpre le calibre du nerf cesse d'être régulier, il devient moniliforme, noueux, dur, et perceptible à la palpation, sur une longueur de 7 ou 8 centimètres.

C'est là une lésion capitale dans la lèpre, car on l'observe quelquefois dès sa première période, et alors que le diagnostic peut encore être incertain, surtout dans la lèpre anesthésique (p. 754), dans laquelle les lésions de la peau peuvent être rares, et, en soi, moins caractéristiques que dans la lèpre tuberculeuse (p. 752).

GENOU (FACE ANTÉRIEURE)

Le genou et le coude sont deux régions symétriques dont la patho-
gie dermatologique est similaire. Cette région étant donc traitée
près celle du coude, j'en parlerai d'une façon très brève. On se repor-
ra aux paragraphes correspondants du coude pour plus de détails.

L'ichtyose du genou comme celle du oude se présente souvent à un degré de éveloppement remarquable.	Ichtyose. . . . . . p. 329.
Le psoriasis au genou comme au coude ontre ses lésions les plus caractéristiques.	Psoriasis. . . . . . p. 329.
Il existe au genou comme au coude un ygroma de la bourse séreuse pré-rotu- ienne.	Hygroma. . . . . . p. 330.
... et une localisation du xanthome plus are et moins typique au genou qu'au coude.	Xanthome . . . . . p. 330.

ICHTYOSE

Dans les ichtyoses très prononcées, l'ichtyose du genou est souvent sordide ; la peau s'y montre revêtue d'épais placards cornés, gris-sale, très adhérents, fendillés et craquelés en tous sens.

L'universalité du trouble de la couche cornée, anormale sur presque tout le corps, les ilots de réserve existant aux plis naturels, la congénitalité de l'affection, font faire le diagnostic (voir pour le traitement, p. 585).

PSORIASIS

La plaque psoriasique du genou, ordinairement symétrique aux eux genoux, est la signature de la maladie. C'est sa localisation la remière en date ordinairement, la plus constante, la plus caractéris-ique. Elle est souvent prise par le malade pour un calus et non oignée.

On la distinguera toujours d'un calus, produit dans certaines profes-ions par l'agenouillement, en ce que le calus siège au-devant de la

tubérosité du tibia tandis que la plaque psoriasique existe au-devant du ligament rotulien. Cette plaque peut être unique et grande, de 3 centimètres de diamètre, ronde ou ovale. Elle peut aussi être faite de 2 ou 3 taches conglomérées qui, réunies, font une lésion polycyclique. Enfin elle peut consister en 5 ou 10 taches petites ou grandes, mais toutes semblables, squameuses, à squame cartonnée, adhérente, feuilletée, dont les débris plats, sont micacés, savonneux, blancs, doux au toucher. La squame, enlevée d'une pièce, découvre un épiderme rouge, qui montre aussitôt une rosée de sang. Le diagnostic n'est difficile que dans les psoriasis à lésions rares. Autrement c'est le plus facile des diagnostics dermatologiques. En thèse générale, le genou ne montre pas de placards eczémateux, et les soi-disant eczémas chroniques qu'on y a décrits étaient des psoriasis. Le psoriasis peut d'ailleurs s'eczématiser et produire une humidité sous sa croûte. (Pour le traitement du psoriasis, voir p. 592.)

HYGROMA

La bourse séreuse pré-rotulienne peut s'enflammer et produire un hygroma qui, tantôt sera une infiltration séreuse et se terminera par résorption, tantôt sera une infiltration purulente et se comportera comme un abcès. L'intensité des symptômes locaux réactionnels est beaucoup moindre dans le premier cas que dans le second.

J'ai déjà décrit au coude cette lésion hémisphérique régulière, que sa régularité même et son siège font diagnostiquer à première vue.

Dans l'hygroma séreux : compression locale.

Dans l'hygroma suppuré : ouverture chirurgicale.

XANTHOME

Le xanthome généralisé ne manque guère de montrer de ses lésions au coude; ses localisations au genou sont moins constantes et caractéristiques. Quand ces lésions y existent, elles s'y présentent de même, soit sous la forme papuleuse : (papules jaunes, saillantes, plates, demi-molles, indolores; évolution chronique sans régression), soit sous la forme tubéreuse (tumeurs moins nombreuses, plus grosses, de même évolution, assez flaccides et molles, ridées, de même couleur que les papules) (voir pour le traitement du xanthome, p. 527).

JAMBE

La surface de la jambe est l'une des régions tégumentaires de omme dont la pathologie est le plus spéciale. Elle doit cette partilarité à la situation déclive du membre, à la congestion passive qui nsuit, et plus tard aux varices qui en résultent.

L'ulcère de jambe *qui n'est pas toujours variqueux est une lésion commune et caractéristique. Il a aussi ses complications propres : les* **lymphangites** *à répétition principalement et* **l'éléphantiasis** *spécial qu'elles déterminent et les troubles* **d'œdème chronique** *de* **pigmentations** *et* **d'hypertrophie** *cutanée* **papillomateuse,** *enfin des scléroses cutanées progressives et leurs conséquences.*	**Ulcère de jambe et troubles qui l'accompagnent. . .**
La syphilis *a aussi ses localisations particulières à la jambe. En dehors du tibia platicnémien des hérédo-syphilitiques et de la périostose secondaire, ce sont surtout des lésions tertiaires; le* **syphilome diffus** *du mollet par exemple, les* **gommes** *de la peau et* **l'ulcère syphilitique**	**Syphilis. . . . . .**
Nous terminerons cet article très important par l'étude succincte des lésions rares que l'on observe à la jambe avec une fréquence relative. Ainsi les lésions dispersées discrètes du **lichen corné** *à évolution atrophique cicatricielle.*	**Lichen corné atrophique. . . . .**
... ainsi la **pelade symétrique** *des jambes.*	**Pelade. . . . . .**
... les **épithéliomas surcicatriciels**.	**Épithéliomas. . .**
... l'éléphantiasis des pays chauds qui est une **filariose**.	**Éléphantiasis vrai.**
... et enfin le **bouton d'Orient** *toujours d'importation étrangère en notre pays.* . .	**Bouton d'Orient. .**

L'ECTHYMA

Dans le premier tiers ou la première moitié de l'existence, menage physique, la station debout, les marches forcées, la chl sans parler des lésions cardiaques et rénales, etc., peuvent a de l'œdème des jambes, lequel augmente bien davantage à la m lésion inflammatoire. C'est dans les conditions précitées que s nent d'ordinaire l'ecthyma, la furonculose, l'érythème polymor le purpura, chez les jeunes gens ou l'homme adulte.

Chez l'adolescent les lésions de l'ecthyma peuvent résulter inoculation accidentelle. Mais elles ne se développent que chez l menés, les affamés, les miséreux, les cachectiques.

Ce sont des lésions peu nombreuses, espacées, disséminée

ses, tantôt ouvertes : bords à pic, fond sanieux; tantôt fermées par croûte papyracée facile à rompre et recouvrant un liquide séro-ulent quelquefois rose ou strié de sang. La lésion jusqu'à sa période guérison est aréolée de rouge. Elle bute, les uns disent, par une pustule s'ouvre et se creuse (Vidal-Leloir), autres disent, avec raison, par une lyctène plate, qui ne passe à la rulence et à l'ulcération que secondairement ([1]).

On en peut décrire des formes qui diffèrent que par la grandeur des sions ou leur profondeur. Ces variés n'ont qu'une importance verbale. ecthyma vraiment ulcéreux, à quelque âge qu'il survienne, témoigne ordinairement d'un trouble général qu'il faut rechercher quand il n'est pas évident : tuberculose, diabète, entérite grave chez le nourrisson (*ecthyma cachecticorum*).

Traitement. — Coucher et baigner e malade, le bien nourrir, le laisser u repos : traiter la cause de l'état énéral quand elle est reconnue.

Le traitement local ne vient qu'ensuite : Déterger les ulcérations avec s lotions et pansements humides à eau d'Alibour faible.

Eau distillée	500	grammes.
Sulfate de cuivre . .	2	—
— de zinc. . . .	3	—

Si les ulcérations tardent à se cicatriser et restent atones les panser avec

Sous-carbonate de fer. .	1	gramme.
Vaseline.	40	grammes.



FIG. 126. — Ecthyma des auteurs modernes, rupia de Bateman. (Malade de Lailler. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 254).

([1]) Cette différence d'opinion vient d'une erreur terminologique. L'*ecthyma* tuel ayant été décrit par Willan-Bateman sous le nom de *rupia*, mot qui est

Le pronostic est entièrement soumis à celui que comporte l'état général du patient. En général la guérison de l'ecthyma en lui-même est deux ou trois semaines.

Il est possible que l'ecthyma soit ou puisse être la résultante d'associations microbiennes. Ce qu'on peut affirmer, c'est que la culture faite en partant du pus ou de la sérosité des ulcérations et par les techniques nécessaires (voir p. 10), y démontre toujours la présence du streptocoque (Bezançon, Thibierge). Jusqu'à plus ample informé l'ecthyma des modernes, le *rupia* de Bateman, doit donc être considéré comme un *impétigo* vulgaire, *contagiosa*, que des conditions locales ou générales ont rendu ulcéreux. Il coexiste d'ailleurs très fréquemment avec l'impétigo du visage ou du corps. L'ecthyma est facilement inoculable par piqûre vaccinale (Vidal).

FURONCULOSE

Quand la furonculose est généralisée à tout le corps, la furonculose des jambes n'est qu'un simple épiphénomène au cours d'une infection staphylococcique de toute la surface cutanée. Elle est en relations ordinairement avec le diabète, la phosphaturie et divers états cachectiques.

Quand la furonculose est localisée aux jambes elle reconnaît les mêmes causes locales et générales que l'ecthyma. Comme partout, chaque furoncule commence d'ordinaire par une pustulette grosse comme un grain de mil, à l'orifice d'un follicule, à la base d'un poil. La pustulette se flétrit, est enlevée par un grattage, disparaît, il reste un point rouge. Trois jours plus tard ce point est acuminé, très douloureux, la rougeur s'est étendue, et tous les phénomènes inflammatoires ont augmenté. Encore trois jours plus tard, le furoncle est ouvert, puis il élimine un bouchon sphacélique vert, les phénomènes locaux s'amendent peu à peu. Dans une furonculose des jambes, supposons qu'il se produise chaque jour 10 pustulettes : 5 avortent, 3 font un demi-furoncle, 1 un furoncle vrai, 1 un furoncle avec abcès périfuronculeux et élimination de 3 à 5 gouttes de pus, et ainsi de suite; alors les lésions paraissent polymorphes parce qu'on les voit à des âges et stades différents.

tombé en désuétude, nombre d'auteurs se trouvent décrire l'ecthyma de Bateman, lequel est l'abcès furonculeux, comme début du rupia de Bateman, c'est-à-dire de la dermatose ulcéreuse dont nous parlons.

C'est là un des chapitres de l'infection staphylococcique de la peau nt nous connaissons déjà tant de types cliniquement différenciés, atomiquement et bactériologiquement semblables.

Le traitement général ne diffère pas de celui de l'ecthyma. Traiter la cosurie quand elle existe. Les phosphates et l'acide phosphorique icinal (10 à 40 gouttes par jour dans de l'eau ou de la bière) nnent souvent des résultats excellents, de même la balnéation (avec grammes de sulfate de zinc pour une baignoire de 300 litres). On tire de bons effets de la galvano-puncture de chaque pustule le jour son apparition, mais c'est un traitement de clinique ou d'hôpital plus e de consultation urbaine. A son défaut on peut essayer, après l'épition du poil dont le follicule est infecté, l'application d'une goutte de inture d'iode. Le traitement du furoncle une fois déclaré est illusoire. lui de l'abcès péri-furonculeux est celui de tous les abcès. L'ouvrir est même pas toujours nécessaire, puisque l'ouverture du furoncle iste encore. Les antiseptiques doivent, quels qu'ils soient, être ployés à très faibles doses et avec grande prudence (Voir *Dermites tificielles*, p. 342).

ECTHYMA FURONCULEUX

De même que l'on confondait, naguère encore, les deux impétigos ir p. 8 et 204), sans en faire la différenciation explicite, de même confond encore les deux ecthymas, bien qu'ils aient été très explicment différenciés par Bateman et Willan au commencement du cle dernier. Nous avons décrit plus haut et figuré l'ecthyma actuel, ncien *rupia de Bateman*, qui est un ulcère streptococcique. Nous ons maintenant dire quelques mots de l'*ecthyma furonculeux*, qui l'ancien *ecthyma willanique*. On ne l'observe guère que chez des nes gens qui font de l'équitation un surmenage. Il commence par e furonculose des fesses, furonculose ordinaire, qui s'étend à la e interne de tout le membre inférieur. Bientôt chaque cratère furoneux nouveau une fois constitué, s'agrandit par un sphacèle circonentiel fait de petits bourbillons distincts, côte à côte. Il ne s'agit d'un anthrax, car il n'y a pas de phénomènes généraux impor-ts et puis le cratère furonculeux est primitivement constitué par bourbillon unique. Mais c'est comme des anthrax froids dont les rbillons seraient contigus et d'évolution successive.

Le traitement général est le repos. Le topique local, la pommade au sous-carbonate de fer au 1/40ᵉ.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

L'érythème polymorphe a trois localisations préférées : le cou, les poignets et la jambe, avec prédominance des lésions autour des chevilles.

L'apparition des taches qui le caractérisent est à peu près simultanée, l'éruption est complète en un ou deux jours. Les lésions, à la jambe, gardent leurs caractères normaux, leur orbicularité, leur centre bistre, leur liséré de pourtour rose ou rouge, leur forme totale en cocarde. Toutefois, plus souvent en cette région qu'en toute autre, on voit l'érythème polymorphe prendre des formes inaccoutumées, montrer des lésions bulleuses ou des lésions largement érythémateuses, chaque efflorescence ayant un très large liséré violet, ou des formes purpuriques avec hémorragies punctiformes dans l'aréole de chaque élément. L'érythème polymorphe suit ordinairement à trois ou huit jours d'intervalle une infection bénigne, le plus souvent une angine simple ou une rhinopharyngite. Fréquemment le malade a eu conscience de l'infection, qui s'est traduite par une simple courbature, sans que les signes fonctionnels aient suffi à indiquer son point de départ.

Les taches, leur cercle, les bulles, quand elles existent, paraissent amicrobiens. Le sang même (Bodin) quand il est prélevé à la période de l'érythème est stérile. L'hypothèse la plus conforme à ces faits ferait de l'érythème polymorphe un érythème toxinique. L'opinion qui rattache l'*érythème noueux* à l'érythème polymorphe ne compte plus que des partisans, bien qu'on puisse voir évoluer en série les nodosités sous-cutanées roses, douloureuses de l'érythème noueux, en dehors de toute efflorescence cutanée. Il s'agit vraisemblablement de thromboses veineuses sous-cutanées (p. 678). La marche et l'évolution demeurent celles de l'érythème polymorphe.

Traitement. — Demi-repos, demi-diète; en cas de réaction générale, le lit; de même en cas de lésions bulleuses (ouvrir la bulle sans la décortiquer). Boissons chaudes, si besoin est un purgatif léger, aucun topique local, pronostic très bénin.

PURPURA

Le purpura survient chez les jeunes gens à l'occasion d'une infec-
n quelconque un peu sérieuse : (angine, grippe, pneumonie, etc.)
chez des surmenés : (jeunes soldats, vagabonds, alcooliques). Quel-
efois les deux ordres de causes précédents sont réunis. A l'âge mûr
s mêmes causes le déterminent, mais quand il récidive il indique,
général, un mauvais état de la circulation, du cœur ou des reins, et
ce titre il comporte un pronostic réservé.

En général, le purpura est limité à la moitié inférieure du corps et
nombre de ses éléments croît à mesure que l'on descend de la
nche au genou et du genou à la cheville. Le nombre, la dimension
la teinte des macules s'accusent à la fois de haut en bas. Leur
nension peut aller de celle d'un grain d'orge à des taches sanguines
ndes comme la paume de la main (p. 670).

Certains purpuras n'ont que des taches d'une même dimension,
utres de dimension variable; en certains cas l'éruption naît et
teint pour toutes les taches à la fois; d'autres fois elle se complète
à peu et disparaît de même. A partir d'une certaine dimension, les
hes prennent, après quelques jours, une teinte contusiforme (Bes-
r) qui peut en imposer pour la trace de coups. Il y a tous les
grés entre un purpura à peine visible et la maladie dite de Vehrloff,
uelle s'accompagne d'hémorragies des muqueuses pouvant entraîner
mort. Le pronostic immédiat du purpura est ordinairement bénin,
pronostic de sa cause est d'une gravité très variable. Chaque cas
it être pesé.

Traitement. — Repos absolu, tisanes, laxatifs légers, potions au
lorure de calcium (p. 670), rechercher la cause, la source d'infec-
n ou d'intoxication et la traiter; désinfection du nez, de la gorge.
gime lacté, lavage des reins, détersion intestinale, diminution de la
sion artérielle par la haute fréquence, etc.

DERMITE JAUNE D'OCRE

J'appelle de ce nom un état très fréquent à partir de la cinquan-
e chez les obèses, les variqueux, les diabétiques. Leur jambe tou-
rs grosse est à partir d'en bas et jusqu'à mi-hauteur d'une couleur

jaune d'ocre, uniforme, sur laquelle chaque follicule fait une ponctuation d'un brun plus rouge.

Sur la lisière de la lésion régionale, on voit, isolées, les lésions élémentaires dont la confluence fait l'aspect d'ensemble. Ce sont des macules irrégulières, d'un brun-rose, centrées par un follicule brun-rouge. Quand le poil de la région est abondant, il diminue sensiblement. Pas de symptômes fonctionnels sauf un léger prurit.

Cet état cutané mal défini me semble par sa nature contigu aux purpuras. Mais il est chronique, et une fois constitué s'étend mais ne rétrocède pas. Souvent il s'accompagne de troubles de la santé générale, particulièrement d'origine rénale : néphrite interstitielle.

Traitement local à peu près nul, pâtes couvrantes, éviter les frottements de vêtements rugueux.

L'état général du patient doit être sérieusement examiné et le régime formulé d'après les résultats de cet examen.

GALE

La gale offre aux jambes des lésions moins caractéristiques qu'en maintes régions, comme aux aisselles, aux mains, à la verge. Ordinairement ce n'est pas aux jambes que le médecin fait le diagnostic de la gale, parce que les lésions galeuses s'y trouvent presque toujours compliquées. A cause de cela, précisément, leur physionomie y prend une allure spéciale.

On y trouve très peu de sillons et beaucoup de pustules ouvertes ou fermées, de l'impétigo et de l'ecthyma galeux, des lésions causées par le grattage des ongles et quelquefois des lésions d'eczéma (p. 342) provoquées par toutes ces causes ou par les applications médicamenteuses. Enfin même, on observe assez souvent des lymphangites plus ou moins intenses et douloureuses ayant eu pour point de départ une lésion d'ecthyma. Ajoutez à cela de l'œdème rouge et douloureux et le tableau sera complet.

Thérapeutique. — Commencer par faire disparaître l'*œdème* (repos horizontal), la *lymphangite* (pansements humides), l'*ecthyma*[1] (eau sulfatée au 1/100e). Après cela le traitement soufré, en pommades, par massage et friction sera appliqué comme pour la gale ordinairement (p. 605).

[1] Voir ces mots dans le présent chapitre.

PSORIASIS

Le psoriasis est bien rarement limité aux jambes. Quand il y existe, il montre au moins ailleurs ses localisations habituelles, aux genoux, aux coudes, et l'on trouve même des plaques disséminées de-ci, de-là sur le corps. Aux jambes, on peut voir le psoriasis sous toutes ses formes, en gouttes fines, en larges placards; on le voit même suivre un trajet nerveux comme celui du sciatique poplité externe, mais cela est exceptionnel.

Ce qui est le plus fréquent dans le psoriasis des jambes c'est que les placards, sous leurs squames, soient légèrement saillants, congestifs, d'un rouge vineux. Dès lors ils présentent cette particularité d'être intolérants aux médicaments et difficilement réductibles. Souvent le traitement d'un psoriasis généralisé touche à sa fin que les placards des jambes sont encore actifs ou au moins visibles. Le traitement par les pommades composées reste dans ces cas le meilleur.

Huile de bouleau	ãã 1 gramme.
Ichtyol.	
Résorcine.	
Turbith minéral.	
Huile de cade.	ãã 15 grammes.
Lanoline.	

Certaines fois, c'est la chrysarobine au 1/30e qui donne les résultats les moins lents. Il y a des cas (psoriasis rouge), qui demandent pour guérir cinq à six semaines de décubitus dorsal permanent.

LICHEN PLAN

Le lichen plan (*lichen ruber* d'E. Wilson) est plus encore que le psoriasis une dermatose généralisée (p. 623). Jamais il n'existe aux jambes seules, mais il y revêt généralement des caractères spéciaux. Comme ailleurs, ses lésions sont des papules plates, brillantes, quadrillées de fines raies blanches; une grosse papule étant entourée d'un semis de plus petites. Mais aux jambes ces lésions peuvent devenir cohérentes, d'une teinte lilas foncé et s'entourer d'une aréole vineuse ou rouge-orange. Les symptômes fonctionnels, le prurit particulièrement, s'y exagèrent, il y a rarement de l'œdème et jamais aucun autre symptôme inflammatoire.

Cette localisation ne correspond à aucun traitement spécial et il n'y a pas de traitement valable du lichen plan. On peut seulement par les douches et des pommades calmantes atténuer le prurit quand il devient insupportable.

Glycéré d'amidon neutre	40	grammes.
Résorcine	40	centigrammes.
Acide tartrique	40	—
Menthol	40	—

ECZÉMA

L'eczéma vrai des jambes est rare. On le voit survenir par extension passagère d'un foyer eczématique chronique, poplité ou malléolaire.

De ces deux types d'eczéma, le premier comme l'eczéma poplité dont il procède est une maladie plus commune chez l'adolescent; il est concomitant aux eczémas impétigineux des plis et du visage et doit faire rechercher l'hypoacidité urinaire et l'albuminurie orthostatique (p. 15). On voit l'eczéma du creux poplité, presque toujours impétiginisé et streptococcique, s'étendre sur le mollet en larges placards sous l'influence du grattage. Cela survient par poussées passagères, suivies de rémittences, durant lesquelles l'eczéma se cantonne de nouveau dans le creux poplité ou disparaît même tout à fait.

Le traitement à faire est celui de cet eczéma en tous sièges : lotions au nitrate d'argent au 1/20e ou au 1/50e ; alterner avec la pâte de zinc. Lorsque la rémission survient on peut adjoindre aux pommades un quart ou un tiers d'huile de cade.

L'eczéma qui monte des pieds aux jambes, au contraire du précédent, est, en général, un eczéma de l'âge adulte ou de l'âge mûr. Il peut devenir suintant mais il commence ordinairement comme un prurigo par des placards de papules à peine vésiculeuses et que le grattage excorie.

Dans les poussées aiguës (œdème, chaleur locale, suintement), les pansements humides à l'eau *bouillie non antiseptique* sont les seules applications qu'on puisse faire utilement. Je n'insiste pas sur le décubitus horizontal avec les pieds surélevés qui est de rigueur. Dans l'intervalle des poussées aiguës il faut les applications quotidiennes de nitrate d'argent, depuis 1/50e jusqu'à 1/5e pour amener la réduction des lésions dernières.

J'ai vu cet eczéma comme beaucoup d'autres coïncider avec de la

nutrition et de l'*amaigrissement* et ne céder qu'à la suralimenta-n, après reprise intégrale du poids normal, y compris même une mi-obésité antérieure (p. 655).

STASE VEINEUSE — VARICES — PHLÉBITE VARIQUEUSE

De par sa situation déclive et son travail quasi-permanent, la jambe trouve exposée, plus qu'aucune autre région du corps, à la conges-n passive, à la stase veineuse, aux dilatations variqueuses et aux ubles qui en résultent.

Cette prédisposition se trouve exagérée par tout état inflammatoire. en est aggravé et il l'aggrave. C'est là un cercle vicieux que démon-nt presque toutes les affections cutanées de la jambe.

Les *varices* ne sont pas seulement le résultat mécanique de la stase neuse. Elles résultent de beaucoup de causes, quelques-unes mal nues, héréditaires, et aussi d'un travail inflammatoire chronique i s'ajoute à la stase mécanique. Par intervalles et par places ce vail inflammatoire s'accuse et c'est la *phlébite variqueuse*, ordinai-nent limitée à un point et à un rameau veineux très secondaire, caractérisée par tous les phénomènes inflammatoires : « calor, bor, tumor, dolor. »

La phlébite variqueuse survient ainsi par crises, plus ou moins rap-ochées et pénibles, qui se terminent par résorption et disparition des énomènes inflammatoires, ou plus souvent par induration indolore peu douloureuse. Ces altérations peuvent survenir à tout âge chez dulte. Elles sont plus fréquentes à partir de l'âge mûr; les troubles rdiaques, l'adipose, et, chez la femme, les grossesses, prédisposent cet état et tendent à l'exagérer.

Bien que ces troubles n'appartiennent pas proprement à la derma-logie, ils sous-tendent un si grand nombre de dermatoses locales, gouvernent tellement leur pronostic que le médecin doit les très en connaître, et, dans chaque cas donné, mesurer leur importance.

Leur traitement propre est très limité. Il n'existe aucun traitement l'état général supposé qui crée les *variqueux* et aucun traitement erne des varices. On remédie à l'absence de tonicité des parois neuses, à la stase et aux œdèmes qui en résultent, par les bas élas-ues, aux phénomènes inflammatoires, par la station couchée, et, and il est nécessaire, par les décongestifs et antiphlogistiques

locaux : pansements humides simples pendant les crises de phlébite.

La cure de Bagnoles de l'Orne semble avoir une influence sur les phlébites variqueuses ou autres, non sur les varices. On a préconisé empiriquement, contre les dilatations veineuses, un grand nombre de médicaments : belladone, hamamélis, etc.; leur valeur qui paraît discutable à beaucoup ne saurait être comparée en tout cas à celle d'un simple bas à varices.

DERMITES ARTIFICIELLES

La plupart des eczémas des jambes sont provoqués par un traumatisme qu'on peut retrouver, ce sont des dermites artificielles.

Une dermite peut naître autour d'un point traumatisé; elle naît bien plus souvent des applications médicamenteuses auxquelles ce traumatisme a donné lieu : arnica, acide phénique, salol, iodoforme, essence de térébenthine, etc. Ces topiques sont les auteurs le plus souvent responsables des dermites artificielles des jambes, qui sont de *vrais eczémas, provoqués*. Ce sont des épidermites rouges, plus ou moins finement vésiculeuses et suintantes, souvent infectées (pustules et furonculose) et impétiginisées, avec une couenne fibrineuse lilas pâle sous la croûte ambrée (streptocoques).

J'ai dit combien vite survenait aux jambes l'œdème inflammatoire et la stase veineuse, ces phénomènes se produisent toujours dans ce cas et ils empêchent toute guérison, aussi longtemps que l'exercice physique les fait durer et les exagère.

Traitement. — Suppression de la cause traumatisante et de tout médicament : repos au lit, jambes surélevées, pansement humide à l'eau bouillie jusqu'à sédation de tous symptômes inflammatoires. Ensuite pâte de zinc.

Oxyde de zinc.	ãã P. E.
Axonge fraîche	

ULCÈRE DE JAMBE

L'ulcère de jambe est une maladie des plus lamentables et des plus communes surtout dans la classe pauvre. Il résulte de beaucoup des états morbides énumérés plus haut et il en détermine encore d'autres.

Ce qu'il faut comprendre dans la pathogénie de l'ulcère de jambe c'est l'ensemble des causes au milieu desquelles il se produit. La min-

ur de la peau devant le tibia, la résistance du plan osseux sous-cent, qui fait que toute blessure est pénétrante, la congestion pas-ve, les varices et l'œdème chronique qui s'ensuivent et qui rendent récaire la nutrition des tissus sous-cutanés, sont autant de causes réalables et favorisantes, et, comme toute inflammation décuple ces onditions défavorables, il arrive souvent qu'une blessure faite à la mbe ne guérit plus.

L'ulcère de jambe peut suivre un traumatisme, un furoncle, un lément d'ecthyma, une piqûre de moustique ou d'aoutin ou même ne simple exulcération de grattage dans un prurigo. L'opinion qui it la blessure d'une veine in-trable est l'expression popu-ire de cette vérité clinique, que s jambes variqueuses sont pré-sposées aux ulcérations atones. ne semble pas que l'ulcère de mbe soit spécifique, soit par emple un ulcère chronique à reptocoque, un ecthyma chro-que; sa cause immédiate est casionnelle et variable, ses uses prédisposantes seules sont ujours les mêmes.



Fig. 127. — Ulcère simple de la jambe, simulant une gomme syphilitique ulcérée. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 287.)

La blessure première se con-stionne, sa température monte 1-dessus de celle à laquelle les changes et les multiplications llulaires s'accomplissent bien. t alors la cicatrisation ne se it pas; les bords de la plaie se onflent, suintent ou bourgeon-ent inutilement, la plaie s'in-ecte, du sphacèle épidermique e produit autour de l'ulcération remière qui s'agrandit, dont les ords s'épaississent, deviennent lués et de consistance lardacée. ndant ce temps l'hypoderme agit et devient lentement scléreux. Le fond de l'ulcère se trouve

fait d'un tissu de cicatrice non épidermisé. Ainsi l'ulcère demeure atone, ou grandit lentement, d'autant que, ses symptômes fonctionnels étant peu marqués, l'homme de travail manuel n'y prend pas garde.

Cependant autour de lui les modifications tégumentaires se prononcent et s'aggravent. La peau devient épaisse, dure, pachydermique, hyperpigmentée, violâtre; sa surface même se fait légèrement écailleuse. Cette transformation peut s'opérer sur 10 centimètres et plus de rayon. Alors la peau, de mois en mois, se défend plus mal contre les infections et les traumatismes. Un premier ulcère est une condition pour que d'autres naissent autour de lui et le rejoignent. Ainsi se forment, précisément dans la classe ouvrière, faute de tous soins possibles ou par incurie du patient, ces ulcérations de 10 centimètres de côté, ou plus, qui rendent à jamais un membre inserviable.



Fig. 128. — Ulcère variqueux en son siège électif au 1/3 inférieur. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1485.)

La durée de ces ulcérations est illimitée; elles grandissent jusqu'à ce que l'impotence du membre oblige le malade à s'aliter. On traite l'ulcère, il guérit imparfaitement, il se rouvre. Ainsi de suite.

En outre il peut donner lieu à des complications. Brusquement une *lymphangite* aiguë se déclare avec des symptômes locaux et généraux d'érysipèle. C'est une infection streptococ-

Elle évoluera comme l'érysipèle et régressera spontanément, elle récidivera comme l'érysipèle et, chaque fois, elle lais- œdème chronique du voisinage plus irréductible. C'est ainsi que stitue l'*éléphantiasis nostras* à la suite de « poussées éléphan- s » récidivantes, comme on disait au temps jadis.
à peu la dermite chronique s'accuse et la surface de la peau les aspects les plus invraisemblables. Non seulement elle ssit mais sa surface hypertrophique est lobée ou lobulée ou se, hérissée de prolongements conoïdes, papillomateuse. Par la dermite est suintante, croûteuse, « eczéma variqueux ». rs la peau est rétractée par des bandes scléreuses longitudinales, ies, étoilées, en ceinture, cicatrices d'anciens ulcères plus ou bien guéris. Alors la jambe a perdu toute forme, elle a 50 et ntimètres de tour, avec des trous et des bosses, et quelquefois tractions cicatricielles annulaires qui la font plus étroite qu'une normale.
a pu voir de tels états conduire à l'amputation, et, souvent, des les qui ne sont pas amputés, traînent une jambe impotente qui end moins de services qu'une jambe de bois.
ulcères pendant leur période d'augment et de sphacèle exhalent bominable odeur de pourriture. Une ou deux fois l'an, à la ltation de l'hôpital Saint-Louis, on en observe encore qui sont neux!...
itement. — Le premier traitement à instituer contre l'ulcère nbe et les dermites chroniques qui en résultent c'est de donner au malade. Après huit jours de repos horizontal et un bain lien les lésions sont transformées : l'œdème, la rougeur, les s ont diminué de moitié. Les bords de l'ulcération sont plus l'ulcère n'est plus bordé de points sphacéliques, il est presque l n'a plus d'odeur mauvaise. Les pansements à l'eau bouillie nt les placards circonférentiels de dermite exsudative, qui se issent et s'épidermisent. On panse l'ulcère lui-même, soit à la e de sous-carbonate de fer, soit à la pommade de sous-carbo- le fer au 1/40°. Après 1 à 4 semaines les petits ulcères sont s, les moyens sont diminués de moitié, les grands tout à fait és ont seulement meilleure figure. Alors, si l'on veut hâter les nisations, il faut scarifier profondément en rayon et en cercle rds de l'ulcère; on en profite pour scarifier de même, toutes les ies, la dermite hypertrophique, ses lobulations, ses villosités.

Et après quelques interventions de ce genre la peau s'aplatit et reprend le plus possible ses caractères normaux.

Il reste encore les bandes scléreuses inextensibles et les fonds de larges ulcères où la peau manque pour terminer la cicatrisation. Dans l'un et l'autre cas il faut, (après large débridement dans le premier cas, après raclage dans le second), interposer de larges greffes de Tiersch. Les greffes larges desserrent les bandes scléreuses et terminent l'épidermisation des grands ulcères. On rend ainsi au membre inférieur le plus possible de ses fonctions. Par la suite et surtout quand le travail sera repris par le malade, la balnéation sera continuée fréquente, les cicatrices seront protégées par un matelas d'ouate non absorbante et la jambe bien maintenue dans un bas lacé.

De tels traitements rendent serviable un membre pour lequel il est impossible de rêver le retour à l'état normal quand une fois on a laissé se faire de telles irréparables lésions.

SYPHILIS

La syphilis peut se traduire à la jambe par des lésions très diverses.

1° Je mentionnerai d'abord le tibia aplati, concave en dedans, dit **tibia en lame de sabre** et qui constitue l'un des signes rétrospectifs les plus sûrs de syphilis héréditaire.

2° Je signale aussi la **périostose** syphilitique **secondaire** contemporaine de la roséole, souvent accompagnée de douleurs locales très vives et qui a causé maintes erreurs de diagnostic. La palpation révèle un empâtement diffus, dur et douloureux du milieu de la face interne du tibia sur une hauteur de 10 à 12 centimètres ordinairement. Cette déformation légère résulte d'une lésion sous-périostée qui, une fois faite, persistera définitivement en perdant, seulement après 5 ou 6 semaines, ses symptômes douloureux.

Tertiarisme. — Hormis ces lésions héréditaires et secondaires, le tertiarisme peut faire encore, en cette région, des lésions bien spéciales.

I. **Syphilome diffus du mollet.** — On voit quelquefois, en pleine santé apparente du sujet, naître et se développer, ordinairement en haut du mollet, une tumeur empâtée, rouge, large comme la paume de la main, mal délimitée, faisant vite corps avec la peau et avec la

sse musculaire, d'une dureté qui s'accentue progressivement et nt le développement ne s'accompagne pas de symptômes fonctionnels proportionnés à ses dimensions considérables. C'est le syphilome diffus du mollet.

Suivant le cas le médecin pense à un phlegmon commençant, à un sarcome. Les commémoratifs rappellent syphilis. Le traitement mixte ramollit tumeur en 8 ou 10 jours, la fait disparaître en un mois.



Fig. 129. — Gomme syphilitique du mollet. (Malade de Le Dentu. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 662.)

II. Ce premier type de syphilome diffus mollet indique la forme que prennent sque toutes les lésions tertiaires à la nbe.

Ce sont presque toujours et en tous nts des processus gommeux hypodermiques, les uns de grandes dimensions, fonds et *diffus* comme le précédent, utres minces et *en nappe* aboutissant idement à l'*ulcère syphilitique*, les niers caractérisés par des gommes ites disséminées, plus ou moins vite, rrégulièrement ulcéreuses.

Ces derniers processus peuvent siéger tous points de la jambe, plus souvent niveau moyen, et vers les faces antéro-érales. On les voit rarement à leur mière phase. C'est un semis plus ou ins cohérent de petites tumeurs intra-anées, grosses comme des pois, peu douloureuses, rouge-orange ou violâtres, s'exulcèrent, ensemble ou une par e, sans fluctuation; leur centre est bourbilleux et s'infecte beaucoup ins que les points sphacéliques de l'ulcère de jambe. Les bourbillons minés à froid, il reste une plaie irrégulière de bords et de fond, de tour sinueux et polycyclique; les phénomènes inflammatoires de inage demeurant moins accentués que dans l'ulcère de jambe inaire.

'ulcère syphilitique est serpigineux, il peut partiellement guérir

sans traitement. Il est récidivant et s'observe souvent à côté de cicatrices de mêmes lésions antérieures. La cicatrice brun-olivâtre, cernée de violet, n'est pas caractéristique au point où beaucoup d'auteurs le prétendent; mais une cicatrice sans être pathognomonique peut appuyer l'idée d'un ancien ulcère syphilitique, celle de l'ulcère de jambe simple étant amorphe, irrégulière, quelconque, et ordinairement entourée d'une dermite chronique beaucoup plus accusée.

III. **Gomme unique**. — Au lieu d'un semis de gommes ou d'un syphilome diffus, on peut voir évoluer à la jambe une gomme unique, grosse comme une noisette ou une noix, avec tous les symptômes inflammatoires à moitié marqués, insidieusement, presque sans douleur. La tumeur pointe, la peau rouge puis violette s'exulcère en forme de croissant, découvrant un bourbillon jaune, dont le sillon d'élimination se creuse lentement; la cavité atteignant aux dimensions d'une bille d'enfant, et l'ulcération demeurant atone jusqu'au diagnostic fait et au traitement commencé.

IV. Enfin il existe une syphilide tertiaire ou, comme on dit *quaternaire*, très superficielle, **syphilide serpigineuse**, qui dessine des contours presque ornementaux, par un liséré rose recouvert d'une mince et irrégulière croûtelle, montueuse par petits points.

Cette croûtelle est adhérente, et chose remarquable, quand on cherche à l'enlever, même sans grand effort, on enlève à la fois tout l'épiderme qu'elle recouvre et l'épaisseur entière de la peau laissant un petit trou irrégulier d'où s'écoule une goutte de sang....

Toutes ces lésions sont justiciables d'un traitement antisyphilitique actif. Même si l'on veut certifier un diagnostic incertain on peut sans inconvénient, instituer un traitement énergique : deux piqûres de biiodure d'hydrargyre par semaine ou une piqûre d'huile grise de 0,08 centigrammes ou six grammes d'onguent napolitain en friction. Les pilules de sublimé ou de protoiodure ne doivent être utilisées en ceci que faute de mieux.

Malgré le relatif discrédit où sont tombés aujourd'hui les iodures alcalins, ils gardent toute leur valeur dans le traitement des manifestations syphilitiques gommeuses : prescrire 1 à 2 grammes d'iodure par jour, régulièrement.

L'effet est évident en huit à quinze jours. La guérison peut tarder ou demeurer incomplète, si les pertes de substance ont été consi-

ables. Les traitements locaux peuvent être copiés sur ceux de lcère de jambe simple. On préconise souvent le sparadrap de Vigo ur occlure les ulcérations surtout petites. Cela constitue d'ordinaire pansement sale.

LICHEN PLAN CORNÉ ATROPHIQUE

Le lichen plan corné atrophique, plus fréquent à la jambe et au r chevelu que partout ailleurs, est un type dermatologique assez re, dont la nature exacte n'est pas déterminée. Il est caractérisé par très rares placards, ordinairement allongés, de 1 à 5 centimètres de and diamètre. La lésion ressemble à un *nævus*. Elle a trois aspects : and elle est complète, elle est saillante, recouverte d'une corne dure hérente, analogue comme consistance à celle des nævi verruqueux les papillomes ; toutefois elle n'est pas partagée en segments comme tissu corné des verrues. Sous la croûte, la lésion est saillante. de, montueuse, de 2 à 3 millimètres de saillie, non saignante, assez e. Enfin la lésion montre souvent, à l'une de ses extrémités, son le terminal, un point cicatriciel lisse très peu déprimé.

Traitement. — Destruction par les emplâtres caustiques ou le galo-cautère.

PELADE

La pelade symétrique des jambes n'est pas très rare dans les ades ayant tendance à se généraliser. Elle siège au tiers moyen, a face externe. On l'observe, à ce qu'il semble, plutôt dans les ades où l'état général du malade est visiblement en cause : État veux asthénique, amaigrissements, mouvements choréiformes, hilis héréditaire, cachexie tuberculeuse, etc.

Elle ne comporte aucun traitement local valable. On peut conseiller, ur l'effet moral, une friction alcoolique excitante.

ÉPITHÉLIOMAS SURCICATRICIELS

A la jambe, comme ailleurs, on peut voir évoluer des épithéliomas cicatrices. Ils n'y présentent rien de particulier. Sur la cicatrice ne blessure, d'une brûlure, d'une plaie chronique, naît un bour-

geon mamelonnaire recouvert par l'épiderme aminci et lisse de la cicatrice. Ce bourgeon devient saillant, s'arrondit et arrive parfois à faire une saillie presque pédiculisée, ou bien plate et ronde. Le traitement reste l'ablation chirurgicale suivie du traitement par les rayons X de la cicatrice : (environ 25 unités H en 5 ou 6 séances) d'une teinte B du radiomètre X, chacune.

ÉLÉPHANTIASIS DES PAYS CHAUDS (FILARIOSE)

Les pays équatoriaux présentent des cas d'éléphantiasis par érysi-



Fig. 150. — Éléphantiasis équatorial à filaires. (Malade de Jeanselme. Photographie Noiré.)

pèles à répétition (p. 344), semblables aux nôtres; mais ils ont en outre un éléphantiasis spécial dû à la pullulation dans le sang de la

ria sanguinis humani, embryon transporté par un moustique, le *ex Mosquito*, et transmis à l'homme par piqûre. C'est un œdème onique, souvent accompagné de varices lymphatiques visibles en face, toujours d'une sorte de pachydermie, sans hyperchromie. inairement, les deux membres inférieurs sont pris à peu près ement, et quelquefois les organes génitaux. C'est une maladie nique à poussées aiguës : les poussées ressemblant assez à une sée lymphangitique. Au cours de la poussée, l'examen microscoe, pratiqué pendant la nuit, montre, dans le sang, l'existence de la e, larve mobile, serpentine, de 0,80 µ de long environ. Je n'insispas sur une affection qui n'est point, à proprement parler, une atose, et qui, en raison de son origine exotique, est des plus en nos pays.

BOUTON D'ORIENT

ccupe ordinairement le tiers inférieur de la jambe avec une, deux ois lésions ulcéreuses semblables entre elles, et dont le type if sera décrit au dos de la main en sa localisation la plus fré- e (p. 592). Le commémoratif d'un séjour prolongé dans le Sud en, dans toute la Perse, l'Asie-Mineure, le Turkestan ou l'extrême (Cochinchine) sont des commémoratifs nécessaires avant de ire affirmativement.

PLI DU JARRET ET PLI DU COUDE

La pathologie dermatologique du pli du coude et celle du jarret sont tellement analogues qu'il m'a semblé possible de ces deux chapitres en un seul.

J'étudierai d'abord en ces régions le prurigo de **Hébra** *qui y montre souvent son prurit, son éruption papuleuse et son eczématisation avec une prédilection particulière*	**Prurigo de Hébra.** .
L'eczéma impétigineux des adolescents, qui s'accompagne ordinairement d'hypoacidité urinaire et d'albuminurie transitoire, a souvent les plis des coudes et des genoux, avec le visage, pour localisation exclusive	**Eczéma impétigineux des adolescents.** .
Et je dirai à ce propos un mot de l'épaississement de la peau connu sous le nom de lichénisation, et des phases exsudatives connues sous le nom d'eczématisation et qui sont communes dans l'évolution de beaucoup de lésions sèches	**Lichénisation. Eczématisation.** . .
Le psoriasis typique évite les plis de flexion, mais le psoriasis stéatoïde (eczéma séborrhéique nummulaire de **Unna**) *au contraire*.	**Psoriasis stéatoïde.**
Je dirai ensuite quelques mots sur l'ichtyose qui réserve intacts les plis de flexion.	**Ichtyose** . . . . .
... et sur les intertrigos et éruptions parasitaires familières aux plis de flexion, bien qu'elles soient moins fréquentes aux jarrets et aux plis des coudes que partout ailleurs.	**Intertrigos. Éruptions parasitaires.**
Enfin, je terminerai par quelques mots sur la séméiologie des ganglions de ces deux régions.	**Séméiologie des ganglions poplités et épitrochléens.** . .
... en insistant sur le ganglion épitrochléen du chancre syphilitique des doigts.	**Ganglion épitrochléen du chancre syphilitique des doigts.** . . . .

PRURIGO DE HÉBRA — LICHEN — PRURIGOS EN GÉNÉRAL

Le prurigo de Hébra est une dermatose (p. 618) caractérisée par un prurit généralisé accompagné d'une éruption plus ou moins marquée, de petites élevures, en apparence papuleuses, coniques (papules du prurigo) en réalité creusées d'une petite vésicule centrale (papulo-vésicule) que le grattage excorie.

Cette éruption devient donc vite polymorphe : 1° parce que les lésions disparues laissent des traces pigmentaires; 2° parce que le prurit crée lentement de la lichénisation diffuse de la peau; 3° parce que les papulo-vésicules jeunes sont mêlées aux papulo-vésicules décapitées par grattage et croûtelleuses en leur sommet.

Cette affection, classée autrefois, et non sans raisons cliniques, parmi les « scrofulides bénignes », est tantôt considérée comme une maladie autonome, tantôt comme une des modalités des prurits-prurigos-lichens-urticaires chroniques, qu'on peut observer à tout âge, principalement aux âges extrêmes, chez l'enfant comme urticaire chronique, chez le vieillard comme prurit sénile sans lésions. L'eczématisation de ces lésions (suintements et croûtes) est fréquente, mais paraît (p. 632) une superposition accidentelle à la maladie proprement dite. La lichénisation peut suivre l'eczématisation ou se produire sans elle.

Le traitement interne des prurigos est théorique et variable suivant chaque médecin; les traitements locaux sont symptomatiques, surtout anti-prurigineux. Les pâtes couvrantes et les colles qui empêchent le contact direct de l'air avec la peau semblent parmi les meilleurs. Les enveloppements complets dans des bandes imprégnées d'huile de foie de morue constituent un bon traitement hospitalier dans les cas graves. Les pâtes comprenant un tiers d'huile de cade sont d'un emploi plus simple et bonnes aussi. Le prurigo de Hébra s'améliore ordinairement avec l'âge et guérit 8 fois sur 10; mais cette maladie est paroxystique et des poussées isolées peuvent survenir longtemps après la guérison apparente.

ECZÉMA IMPÉTIGINEUX DES ADOLESCENTS

L'eczéma impétigineux des adolescents, que nous avons étudié au visage, a pour le cou, les plis de flexion, particulièrement pour les plis

des coudes et des genoux, une élection bien marquée. Souvent l'éruption se prononce en tous points à la fois, sous forme de légères saillies mousses, rouges, qui deviennent vésiculeuses. Entre elles, d'autres surgissent, et le suintement s'établit, séreux, assez abondant, sur un espace losangique, dont le pli de flexion représente le petit diamètre. Le liquide exsudé est concrescible, formant des croûtes parcheminées, jaunes, grasses, craquelées. La surface exulcérée s'infecte souvent de streptocoques et s'impétiginise tout à fait (p. 648). Cette éruption au jarret plus encore qu'au pli du coude est fréquente, très tenace et pénible.

J'ai dit ailleurs (p. 15), les troubles généraux que l'analyse d'urine révèle très souvent, par l'hypoacidité et l'albuminurie passagère, dans ces états que l'ancienne médecine classait parmi les eczémas de la scrofule. La parenté *clinique* que souligne cette ancienne classification reste vraie et dicte le traitement général du patient.

Le traitement local doit toujours être très actif en ces régions. Les applications répétées de nitrate d'argent au 1/20, au 1/15, au 1/10 sont nécessaires. Si elles sont irritantes ou mal tolérées, on calme, après chacune d'elles, par l'application d'un cataplasme de fécule ou d'un pansement humide. Ordinairement elles sont bien tolérées si l'on recouvre les parties malades d'une pâte de zinc. Sitôt la première irritation tombée, le meilleur traitement local consiste en applications de pommade cadique faible :

Oxyde de zinc.	ãã	5 grammes.
Huile de cade.		
Lanoline		15 —
Vaseline		15 —
Ichtyol.	ãã	1 gramme.
Huile de bouleau		

ECZÉMATISATION — LICHÉNISATION

Toute irritation chronique du pli du coude et du jarret peut amener l'épaississement progressif de la peau de la région, comme à l'avant-bras et sa transformation lichénoïde, et cela, même quand il s'est agi de lésions toujours sèches, comme le prurigo et de même lorsqu'il y a eu eczéma et suintement.

Ce processus de la *lichénisation*, qui représente, à ce qu'il semble, une réaction particulière du tégument à certaines irritations chro-

ues, doit être considéré non comme une maladie en soi, mais
me une complication de plusieurs.



51. — Lichénisation et eczématisation associées. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)



52. — Lichénisation et eczématisation associées. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

L'*eczématisation* même, c'est-à-dire la production de suffusions séreuses locales, (vésicules) ou diffuses traversant l'épiderme et créant un suintement peu ou très prononcé en surface, semble pouvoir être considérée aussi (p. 617) comme une simple réaction tégumentaire, en sorte que le premier en date des phénomènes qui s'accompagneront plus tard d'eczématisation ou de lichénisation reste douteux. On a voulu voir à l'origine du plus grand nombre, un prurit idiopathique, sans lésions, créant les lésions par grattage. Cette hypothèse, très difficile à vérifier, reste sans contrôle. Et toute biopsie d'une peau prurigineuse montre des lésions vésiculeuses histologiques, invisibles à l'œil nu, qui pourraient par une théorie inverse faire du prurigo un eczéma abortif. Ces questions théoriques sont obscures. La plupart des traitements appliqués à ces lésions (voir p. 633) sont empiriques, locaux; les traitements généraux étant le plus souvent donnés par chaque médecin (je l'ai dit) suivant la théorie hypothétique qu'il s'est faite de l'étiologie de ces lésions.

PSORIASIS STÉATOÏDE ET SURSÉBORRHÉIQUE

Le psoriasis sec, normal, habituel, présente une propension à se fixer du côté des surfaces d'extension des membres, et même les psoriasis confluents respectent d'ordinaire les plis de flexion.

Mais il est un psoriasis stéatoïde, hôte des peaux grasses, souvent dénommé : séborrhéide psoriasiforme ou encore eczéma séborrhéique nummulaire de Unna, qui présente au contraire une élection manifeste pour les surfaces de flexion. On le disait autrefois psoriasis atypique, c'est psoriasis stéatoïde et surséborrhéique qu'il faut dire à mon avis. Il fait des taches rondes de dimensions diverses de 1 à 5 centimètres de diamètre, couvertes d'une squame-croûte jaune, donnant à l'œil et au doigt une sensation grasse, et qui forme au-dessus de la peau un relief variable, depuis celui d'une feuille de parchemin jusqu'à celui d'une pièce de 5 francs en argent. Ces squames s'enlèvent, par fragments ou d'une seule pièce, laissant à découvert une surface épidermique rouge moins infiltrée que dans le psoriasis normal et saignant moins facilement. Cette affection peut comprendre quelques rares taches isolées ou un très grand nombre: mais sauf au cuir chevelu et même en cette région d'ordinaire, les taches ne sont que très rarement confluentes, l'éruption garde sa forme en taches et ne fait guère de grands placards polycycliques. Le traitement comprend l'ap-

plication des pommades anti-psoriasiques avec adjonction de soufre. Voici trois types de pommades classés par action croissante :

1.	Huile de cade.	} ãã	5 grammes.
	Oxyde de zinc.		
	Lanoline		10 —
	Vaseline		15 —
	Ichtyol.	} ãã	1 gramme.
	Résorcine		
	Huile de bouleau		
2.	Huile de cade.		10 grammes.
	Vaseline.		10 —
	Lanoline.		10 —
	Soufre précipité.	} ãã	1 gramme.
	Résorcine		
	Huile de bouleau		
3.	Huile de cade.	} ãã	10 grammes.
	Lanoline		
	Vaseline		
	Chrysarobine		50 centigrammes.
	Soufre précipité.	} ãã	1 gramme.
	Huile de bouleau		

Sitôt le décapage bien fait, on peut traiter par des solutions et des traumaticines, si besoin est :

Acide chrysophanique	2 grammes.
Chloroforme	40 —

... appliquer au pinceau, laisser sécher. Recouvrir de traumaticine simple (Besnier), mais il est rare que ce psoriasis résiste autant que le psoriasis sec et typique. Il est aussi moins récidivant dans la majorité des cas.

ICHTYOSE

Lors même que l'ichtyose est généralisée rendant toute la surface du corps hyperkératosique, les plis du jarret et du coude forment des ilots de réserve où la peau apparait saine, lisse, fine, normale.

Le fait quoique négatif constitue une caractéristique importante, mais il est à mentionner seulement.

INTERTRIGOS — ÉRUPTIONS PARASITAIRES

Les intertrigos, érythrasmas, trichophyties intertrigineuses, qui ont une affection particulière pour les plis de flexion en général, s'ob-

servent moins aux plis du coude et du jarret, parce que le fond du pli est presque toujours aéré et le membre non habituellement fléchi.

Pourtant j'ai vu, très rarement, ces affections s'y rencontrer avec leurs symptômes habituels, mais toujours dans des cas où la lésion-mère existait à l'aine ou à l'aisselle et où les localisations au jarret, au coude étaient très visiblement secondaires (p. 288 et 298).

SÉMÉIOLOGIE DES GANGLIONS POPLITÉS ET ÉPITROCHLÉENS

Les ganglions du jarret et du coude présentent cette singulière particularité qu'ils sont, dans presque toutes les infections de l'extrémité des membres, moins engorgés et sensibles que les ganglions de la racine des membres.

Ce sont aussi les derniers pris dans la plupart des maladies à réaction ganglionnaire généralisée : *mycosis fongoïde*, par exemple.

Les exceptions à ce fait sont rares; il n'y en a guère que deux : le ganglion épitrochléen est le satellite des chancres syphilitiques des doigts, j'en dirai un mot tout à l'heure. Il participe même au processus de réaction de tous les ganglions du corps à la période secondaire de la syphilis.

J'ai vu aussi les ganglions poplités réagir et se prendre dans un sarcome adénoïdien du pied, mais le fait est si exceptionnel qu'il ne mérite pas plus qu'une mention.

GANGLION ÉPITROCHLÉEN DANS LA SYPHILIS

Je joins l'étude du ganglion épitrochléen à celle du pli articulaire, bien que par sa situation au-dessus de l'épitrochlée il appartienne aussi bien à la face postérieure du coude. Il est normalement de palpation difficile; il est gros comme un petit haricot, peu sensible. Il devient d'une palpation très facile, d'un volume triple et d'une consistance dure caractéristique, lorsqu'il signale en qualité de satellite un chancre syphilitique du doigt (p. 422).

Au cours de la syphilis secondaire, lorsque se produit la poly-microadénite généralisée qui l'accompagne, le ganglion épitrochléen participe comme les autres à ce processus. Beaucoup de syphiligraphes ne manquent jamais de le rechercher. Il double alors son volume ordinaire et devient un peu moins mou que normalement, sans que ces transformations soient comparables à celles qu'il subit quand il est ganglion satellite d'un chancre du doigt.

AVANT-BRAS

L'avant-bras, si l'on considère comme des régions distinctes de lui, le coude (p. 324) et le poignet (p. 369), ne présente aucune dermatose qui lui soit propre et particulière; néanmoins diverses affections dermatologiques revêtent en cette région une physionomie spéciale.

Parmi les plus fréquentes, existe, chez l'enfant et même chez l'adulte, l'éruption chronique, prurigineuse, non suintante, qualifiée urticaire chronique, *lichen, prurigo ou strophulus*	**Urticaire chronique. Lichen chronique. p. 360**
Parmi les plus fréquentes, doivent être comptés aussi les eczémas traumatiques qui ont les mains pour point de départ, mais gagnent facilement l'avant-bras . . .	**Eczémas traumatiques. Dermites artificielles. . . . . p. 361.**
Parmi ces éruptions traumatiques, il y en a une, constituée par une éruption pustuleuse miliaire, qui présente une véritable personnalité	**Dermite pustuleuse miliaire staphylococcique. . . . . p. 362.**
L'avant-bras présente, fréquemment aussi, des dermites streptococciques (primaires ou secondaires) caractérisées par leur suintement séreux et l'épaississement du tégument sous-jacent.	**Dermite suintante streptococcique. . p. 362.**
Cet épaississement peut devenir de la lichénisation chronique	**Lichénisation. . . . p. 363.**
A cette série doivent être rattachés les pyodermites, furoncles, abcès furonculeux, l'impétigo, l'ecthyma qui viennent s'y adjoindre ou peuvent s'observer sur la peau saine	**Furoncle. Impétigo. Ecthyma. . . . . p. 364.**
... et les lymphangites, qui sont plus fréquentes aux extrémités que partout ailleurs.	**Lymphangites . . . p. 365.**
On observe quelquefois, à l'avant-bras, une lymphangite spécifique, tuberculeuse, consécutive à des tuberculoses de la main.	**Lymphangite tuberculeuse . . . . . p. 365.**

Le psoriasis dont la localisation primitive ordinaire est au coude peut couvrir la face externe de l'avant-bras.	**Psoriasis.** . . . . . p. 366
L'érythème polymorphe, dont le siège normal est aux mains et aux poignets, peut déborder sur l'avant-bras.	**Érythème polymorphe** . . . . p. 366
De même les érythèmes toxiques médicamenteux.	**Érythèmes médicamenteux.** . . . . p. 367
L'avant-bras est le siège fréquent des premières poussées bulleuses douloureuses de la dermatite de Duhring-Brocq.	**Dermatite de Duhring-Brocq.** . . . p. 367
Et c'est le plus souvent à sa surface que s'observent les premières papules spéciales du lichen plan de Wilson.	**Lichen plan de Wilson.** . . . . . p. 367

URTICAIRE CHRONIQUE — LICHEN CHRONIQUE

Dès les premières années, certains enfants présentent une démangeaison intense, paroxystique, de toute la surface tégumentaire. La cause toxique *ab ingestis*, l'état névropathique héréditaire du sujet ont été mis en cause sans preuves. Bazin faisait rentrer les lésions des prurigos ou lichens de ce genre parmi les scrofulides bénignes. En réalité nous ne savons rien des causes véritables des prurigos ou lichens chroniques; ces deux mots sont équivalents dans la langue dermatologique française (p. 613).

Très souvent chaque poussée débute par une urticaire qui disparaît assez vite, mais le prurit reste; on observe, disséminées, de minimes vésicules à développement incomplet, que l'on dit à tort *papules* acuminées. Le grattage décapite leur sommet qui est remplacé par une croûtelle sèche, minime. Les premières lésions disparaissent et sont remplacées par une tache grise, d'autres surviennent, ainsi de suite, et peu à peu se constitue un état particulier de la peau vague, épaissie, parcheminée, sèche au toucher, dure au contact, quadrillée de mille plis visibles à l'œil. Lorsque cet état est à son comble avec un épaississement considérable du tégument et l'exagération de ses saillies devenues papuleuses et de ses plis, on a l'état de lichénification (Brocq) ou lichénisation (fig. 151 et 152). L'*urticaire chronique*, dans laquelle les poussées récidivantes d'urticaire dominent, *le lichen chronique* des auteurs français, le *prurigo chronique* d'aujourd'hui, sont les termes cliniques très peu différents d'une série morbide qui me

emble unique. Mais on n'a aucune preuve absolue de l'unité ou de la pluralité de ces diverses modalités cliniques, et de l'existence de l'une ou de l'autre par exemple du *prurigo de Hébra*, en tant qu'entité morbide.

Le traitement local comprend l'usage de pâtes couvrantes :

Oxyde de zinc.	āā P. E.
Axonge fraîche	

des colles appliquées chaudes au pinceau, des glycérés d'amidon, mentholés quand le prurit est intense. Dans ces cas on retire aussi de très bons effets des douches tièdes (Jacquet). En outre, le malade doit être étudié, en dehors de toute idée préconçue, et traité de même ; si sa pression artérielle est trop élevée, elle sera abaissée par la haute fréquence ; s'il est suspect de tuberculose, et en dénutrition visible, il sera traité par la suralimentation. Si ses fonctions gastriques, hépatiques, pancréatiques, intestinales paraissent troublées on cherchera à y remédier, mais non en vertu d'idées préjugées sur le mécanisme de ces dermatoses, puisqu'on l'ignore.

ECZÉMAS TRAUMATIQUES — DERMITES ARTIFICIELLES

Toute irritation mécanique, physique, chimique, des mains, surtout quand elle se répète, peut déterminer des éruptions que l'on qualifie d'artificielles, traumatiques, ou manouvrières. Des mains elles s'étendent au poignet et, suivant leur intensité, plus ou moins haut sur l'avant-bras. Nous les étudierons mieux avec la région des mains où elles commencent invariablement. Certaines substances provoquent un mode de réaction presque spécifique, comme le thapsia, l'huile de croton, ou encore l'essence de térébenthine, qui fait une phlycténisation superficielle miliaire passant à la suppuration. D'autres donnent lieu à des lésions cliniquement et anatomiquement indifférenciables de celles de l'eczéma ; d'autres enfin provoquent des éruptions microbiennes d'emblée, malgré leur cause traumatique, celle-ci ayant favorisé la pullulation et l'implantation de microbes préexistants en surface. J'étudierai ces types successivement. Quelques caractères que revête l'irritation provoquée, elle cède ordinairement à la cessation de la cause et sous l'influence des pansements humides à l'eau bouillie, renouvelés deux fois en vingt-quatre heures, pendant quelques jours. Quand l'épiderme nouveau s'est reformé, il est rouge, luisant, vernissé, on couvre avec une pâte de zinc qui achève la guéri-

son. Mais il reste entendu que si la cause provocatrice se renouvelle, elle renouvellera les lésions.

DERMITE PUSTULEUSE MILIAIRE

La dermite pustuleuse miliaire du dos des mains et des avant-bras est toujours d'origine traumatique; on l'observe chez les laveuses, les teinturiers, etc. La peau est rouge, sèche, épaissie et quand on l'examine de près, on la voit criblée de pustulations miliaires dont les plus grosses sont moindres qu'un grain d'orge et les plus fines comme un chas d'aiguille. La peau étant épaissie, les pustulettes ne font sur elles aucune saillie, mais au contraire elles y paraissent enchâtonnées. Pour le plus grand nombre, ces pustulettes ont un orifice pilaire pour point central de leur développement, beaucoup pourtant sont disséminées n'importe où. Le nombre de ces pustulettes est quelquefois incroyable, on en voit vingt et plus par centimètre carré. Cette dermite est tout à fait sèche, les pustulettes ne s'ouvrent pas. Le traitement consiste en pansements humides et pâte de zinc.

Le mécanisme de cette dermite paraît le suivant: il existe à la surface de la peau, surtout dans les *ostia* folliculaires, un grand nombre d'unités staphylococciques (coccus polymorphe à culture grise de Cedercreutz). Une irritation de la peau met les éléments de celle-ci en état de résistance moindre, le staphylocoque pullule et crée sa lésion, la pustule folliculaire. Cette éruption habituellement due à ce staphylocoque à culture grise peut être due dans certains cas au staphylocoque doré.

DERMITE SUINTANTE IMPÉTIGINEUSE

Les dermites artificielles du type *eczéma* vrai (p. 650), après quelques jours, changent souvent d'aspect; leur suintement séreux s'exagère, ou bien elles se recouvrent d'une croûte parcheminée mince, jaune, craquelée. Sous cette croûte on retrouve l'exsudat séro-fibrineux lilas pâle, caractéristique de l'infection streptococcique, et la culture, faite comme il a été dit plus haut (p. 10), a vite fait de mettre le streptocoque en évidence. Il s'agit d'une impétiginisation en nappe d'une épidermite simple provoquée par un traumatisme préalable.

Ces dermites suintantes, surtout si elles sont entretenues par la

tition des traumatismes initiaux, peuvent durer de très longs
s; on voit alors s'organiser au-dessous d'elle une infiltration tégu-
taire d'abord succulente et demi-molle, ensuite de plus en plus
et sèche qui aboutit à la lichénisation du tégument (p. 632).
toujours, restent à la surface du tégument épaissi, à surface
leuse quadrillée, quelque eczématisation partielle, quelque moi-
Des croûtelles en forme de poussière d'ambre jaune, et une



Fig. 155. — Eczéma vésiculeux aigu. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

e de suintement, ravivée par les crises de prurit, montrent que
e lichénisation est postérieure à une eczématisation première,
iquement différente en ceci de la lichénisation des prurigos
616), née sans eczématisation préalable.

)ans la période aiguë, pansements humides. Plus tard, applications
étées de nitrate d'argent au 1/15e et de pâtes de zinc. Si l'infil-
tion et la lichénisation sont constituées, soustraire la surface du
mbre à l'action de l'air avec des colles de zinc, renouvelées tout le
nps. L'état aigu dure peu. La régression de l'infiltrat chronique et
tout de l'induration tégumentaire lichénoïde au contraire demande
vent plusieurs mois.

LICHÉNISATION DES DERMATOSES CHRONIQUES

es articles précédents montrent que l'épaississement du tégument.
infiltration dure et son hypertrophie, qui se traduisent extérieure-

ment par la transformation lichénoïde et papuleuse de sa surface, ne sont aucunement spécifiques d'une dermatose unique. Il semble bien que la *lichénisation* tégumentaire ne représente qu'un mode réactionnel de la peau comme l'*eczématisation* (p. 617). Ce serait un mode réactionnel à des irritations chroniques perpétuelles, telles que le prurit, ou tel autre traumatisme de surface, même microbien, sans qu'on sache pourtant comment certains prurits féroces, d'extrême chronicité, peuvent ne s'en accompagner jamais.

FURONCLES — ABCÈS FURONCULEUX — ECTHYMA

Le traumatisme ayant dans l'éclosion d'épidermites microbiennes l'importance que les faits précédents ont mis en relief, il n'est pas étonnant que l'avant-bras soit pour les agents des pyodermites un terrain de prédilection. Le staphylocoque doré y fait le furoncle, l'abcès furonculeux; le streptocoque y fait l'ecthyma (des modernes) (p. 322) qui n'est qu'un impétigo ulcéreux.

Le *furoncle* est fréquemment, à la main et à l'avant-bras, la suite naturelle de la dermite pustuleuse miliaire dont nous avons parlé. Comme il est un peu plus fréquent à la main, c'est avec cette région que j'en parlerai (p. 390). L'*abcès furonculeux* n'est que l'augmentation du bourbillon sphacélique du furoncle par une couche de pus nouveau autour de lui. L'*ecthyma* commence à l'avant-bras comme à la main (p. 389), par une phlyctène d'impétigo que le manque de soins et les traumatismes transforment en ulcération dermique.

Toutes ces lésions microbiennes sont congestives, douloureuses, s'accompagnent d'œdème dû à la position ordinaire, déclive, du bras et bénéficient du repos du membre, du bras en écharpe, du pansement humide, anti-phlogistique, à l'eau bouillie. Le furoncle sera traité comme il est dit page 390. L'ulcération de l'ecthyma ulcéreux, une fois décongestionnée, sera pansée à la pommade au sous-carbonate de fer au 1/40e, qui en assurera la cicatrisation rapide.

LYMPHANGITES

Toutes les lésions septiques de la main, du poignet et de l'avant-bras, comme je le disais tout à l'heure, s'accompagnent d'un œdème inflammatoire marqué et de lymphangites. Celles-ci tranchent, en trai-

ées rouges, (qui suivent le trajet lymphatique péri-veineux) sur l'œ-
ème rose, douloureux de tout ce membre.

Là, comme partout, les lymphangites obligent au repos du membre ns une position horizontale, au bain permanent tiède ou, à son faut, au pansement humide permanent.

Il est rare qu'une lymphangite, même intense, ne se termine pas par olution, de même que l'adénite axillaire dont elle s'accompagne. rtant on a vu des phlegmons sous-cutanés étendus lui faire suite, symptômes locaux et généraux en aver-sent et le traitement ressortit dès lors a chirurgie.

LYMPHANGITE TUBERCULEUSE

La lymphangite tuberculeuse de l'avant-as est une rareté. On la voit suivre une mme tuberculeuse ulcérée de la main, lupus mutilant grave ou une ulcération berculeuse d'inoculation externe. C'est dinairement comme un cordonnet dur s la peau, longeant plus ou moins actement une veine et quelquefois, à rt, pris pour elle. Ce cordon est noueux, régulier, moniliforme. Quelquefois, de ace en place, une de ces nodosités se dé-loppe, se ramollit, s'ulcère et forme une mme tuberculeuse ouverte. Ces faits ne observent guère que chez des tuberculeux tisiques avancés, en cachexie; et c'est tuberculose pulmonaire qui termine évolution. Pourtant je l'ai vu, une fois, ez un individu de bonne santé générale, re consécutive à une ulcération tubercu-use palmaire. L'évolution dura des an-es, très lentement extensive, sans reten-sement général, et avec une adénite llaire non suppurée. J'ai perdu de vue le malade.



FIG. 154. — Lymphangite tuberculo-gommeuse de l'avant-bras. (Malade de Hallopeau. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1997.)

Le traitement serait évidemment la photothérapie de chaque nodo-

sité gommeuse, lymphangitique, et de tout le trajet lymphangitique. A son défaut, je crois que l'ablation chirurgicale de tout le trajet lymphangitique avec ses gommes et la bande de peau sus-jacente, devrait être dans ce cas à conseiller.

PSORIASIS

Il arrive que le psoriasis, dont la localisation primaire normale est au coude, couvre la face externe de l'avant-bras de ses lésions squameuses sèches, disséminées comme des gouttes de bougie tombées sur la peau. Elles y gardent leurs caractères d'aridité absolue, leur



Fig. 155. — Psoriasis en gouttes. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

structure feuilletée; sous elle, l'épiderme rouge exhale, quand on soulève la squame complètement, une rosée sanguine légère. Ces caractères, l'extension des lésions ou leur généralisation à toutes autres régions, leur indolence, leur chronicité, ne permettent pas de méconnaître le psoriasis.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

L'érythème polymorphe est une affection dont la localisation naturelle est aux extrémités, aux poignets, aux mains, aux doigts, et qui

s'observe guère à l'avant-bras que par extension. Elle ne comporte cette région d'ailleurs aucune considération particulière d'étiogie et de thérapeutique et ne nous arrêtera pas (p. 275).

ÉRYTHÈMES MÉDICAMENTEUX

L'avant-bras est le siège fréquent d'éruptions médicamenteuses, de éruption rubéoliforme et prurigineuse de la quinine, des grandes maculo-papules plates, rouges, et ensuite pigmentaires, de l'antipyrine, etc. Ces éruptions toxiques se signalent presque toujours par un cachet d'anomalie qui déconcerte : ainsi les larges boutons en forme de fraises aplaties, violâtres des bromides, des iodides, etc. Y penser toujours devant une éruption à caractères étranges et qui ne rentre dans aucune catégorie ordinaire, commune (p. 60).

DERMATITES POLYMORPHES DOULOUREUSES

Ce type morbide, excessivement complexe, qui n'a aucune localisation fixe, fait partie proprement des dermatoses généralisées. Il sera traité avec elles (p. 679). Quelquefois cependant ses poussées douloureuses et bulleuses débutent par l'avant-bras. Se rappeler ses deux formes principales : l'une, herpétique, faite de cercles trichophytoïdes multiples; l'autre, bulleuse, constituée par des poussées de bulles successives, dont les unes sont à l'état d'exulcération, lorsque d'autres naissent, tandis que les premières n'ont laissé qu'une trace pigmentaire. État général bon; cause inconnue. Le malade a eu déjà souvent des crises antérieures semblables qui guident un diagnostic hésitant.

Voir pour le traitement, p. 679.

LICHEN PLAN DE WILSON

Le lichen plan dont j'ai eu déjà l'occasion de parler à diverses reprises, est une dermatose papuleuse généralisée (p. 625). Il mérite cependant qu'on en dise quelques mots ici, car la face interne de l'avant-bras est peut-être de toute la surface du corps celle où se montrent le plus fréquemment ses premiers éléments. Ils apparaissent

d'abord comme des semis de fines papules disposées en petits ilots. Ces papules sont roses, d'un rose jaunâtre, plates, à surface brillantée lisse, traversée de linéaments gris très particuliers. Ces éléments une fois faits demeurent sur place souvent pendant de longs mois. Leur nombre se multiplie et l'éruption se généralise, discrète ou profuse suivant le cas. J'ai dit que le lichen plan ne comporte pas de traitement spécifique. Je parlerai plus loin (p. 625) de ses traitements symptomatiques.

POIGNET

e poignet n'est pas une région dermatologique qui présente des ptions autonomes.

eul, l'érythème polymorphe, peut y ntrer, exactement limitée à cette région, uption de ses taches roses en cocarde, is le plus souvent cette éruption envahit nain et même un peu l'avant-bras. . .	**Érythème polymorphe . . . . p. 369.**
a gale peut présenter aux poignets une alisation accentuée, signalée par des sils et des vésico-pustules abondantes, is ces lésions en accompagnent beaup d'autres, situées ailleurs	**Gale simple et pustuleuse . . . . . p. 370.**
a trichophytie peut, par aventure, monr au poignet un ou plusieurs médaillons ges, vésiculo-pustuleux, plus ou moins lammés.	**Trichophytie. . . . p. 371.**
es dermites artificielles naissent à la in et envahissent même l'avant-bras; es ne se localisent donc nullement aux ignets quoiqu'elles les envahissent . . .	**Dermites traumatiques. . . . . . p. 372.**
Les tuberculides papulo-nécrotiques, dé-ites sous tant de noms différents (acnitis, lliculites atrophiques, etc.), lorsqu'elles nstituent des éruptions localisées, ont uvent le poignet pour lieu d'élection . .	**Tuberculides. . . . p. 372.**
Je terminerai en disant un mot du hen plan, non qu'il présente une élecn quelconque pour le poignet, mais parce 'il montre souvent à sa face palmaire éléments les plus caractéristiques. . .	**Lichen plan . . . . p. 373.**

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

L'érythème polymorphe a pour siège de prédilection les poignets et malléoles. Des poignets il s'étend souvent aux mains et aux avants, mais le poignet reste le lieu ordinaire d'apparition des premières

lésions. L'érythème polymorphe, ordinairement consécutif à infection bénigne, d'origine le plus fréquemment pharyngé précédé souvent par quelques malaises, mais le contraire peut et l'apparition de la première lésion être le premier symptôm lésions sont des taches rondes, roses, dont le centre est livide; la prend de ce fait l'aspect d'une cocarde et cet aspect peut être d accusés. L'éruption varie dans son intensité; il peut y avoir 10 taches ou 200; ordinairement 1 à 15 sur chaque poign taches peuvent être saillantes en leur pourtour, phlycténula même bulleuses en leur centre. La topographie des lésions au villes, aux poignets, au cou est très typique. Le traitement d thème polymorphe est presque nul; c'est une éruption des plu gnes. Chercher sa cause pour empêcher qu'elle se reproduise

Traitement amygdalien ou pharyngé s'il y a lieu.

GALE

Les lésions de la gale, aux poignets, constituent certaineme des manifestations morbi plus typiques et les plus néc à connaître de la région. El vent exister plus import plus reconnaissables aux qu'aux espaces interdigi d'une façon générale à la n



Fig. 136. — Gale du poignet. Les sillons. (Malade de Hallopeau. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1947.)

Le poignet est surtout en le sarcopte sur sa face p au niveau des plis de fle lésions sont des sillons, cules intactes, des vésicul tes. Si la gale s'est infec trouve en outre des pust phlyctènes d'impétigo et l'ecthyma galeux.

1° Les sillons sont d'u tion plutôt transversale; comme partout, longs de 1/2 à 1 centimètre au maximum, fi un trait de plume, irréguliers comme un tracé de ver dan salis par de la poussière qui les dessine en gris foncé.

sicules, normalement très petites dans la gale, peuvent être au poignet où la peau est fine et distensible. Intactes, elles un peu acuminées, d'autres arrondies.

iées, elles prennent l'aspect d'une écorchure faite d'un coup euvent devenir croûtelleuses.

sicules passées à la suppuration augmentent de volume. mélangées de vésicules claires non infectées. Ce mélange ctéristique.

lyctènes d'impétigo à streptocoque (voir p. 8 et 389), sont plus rares, plates, ées de leur séro-t ridées.

ient de la gale est que partout; je traitement de la use avec les lé-ses de la main



Fig. 157. — Trichophytie circinée vésiculo-pustuleuse du poignet. (Malade de Quinquaud. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1616.)

HOPHYTIE

du poignet, sans que la peau y est le est exposée aux es, est fréquem-ge d'inoculations ues d'origine ani-t il s'agit d'un pla-illant, de follicu-hytiques suppu-ées; il s'agit alors phytie d'origine s cette forme elle quente au dos de gion sur laquelle i (p. 388).

s'agit d'une trichophytie vésiculeuse, puis pustuleuse, en ou double (Herpès iris de Biett, fig. 157) qui semble ori-

ginaire du chat et dont le parasite comme celui du Kérion appartient au groupe des trichophytons animaux à culture blanche.

D'autres fois enfin, il s'agit de trichophyties de forme objective variable, et de cause parasitaire également variable, la famille des trichophytons présentant une grande variété d'espèces.

On reconnaîtra la trichophytie à la forme circinée de ses lésions, vésiculeuses, ou vésico-pustuleuses à leur pourtour, polycircinées par fusion de plusieurs cercles, peu nombreuses au total et ordinairement cantonnées en une région.

Le traitement des trichophyties de la peau vague consiste toujours en applications iodées, qui doivent être d'autant plus faibles que la lésion est plus inflammatoire; ainsi la formule suivante :

Teinture d'iode fraîche	20 grammes.
Alcool à 60°	40 —

sera excellente pour les cas ordinaires, employée en badigeonnages toujours vigoureux, décortiquant les éléments vésiculeux, mais dans les cas de trichophytie inflammatoire, on diluera la teinture d'iode au 1/5, au 1/10 et même davantage, et, dans l'intervalle des applications, on appliquera des pansements humides et décongestifs. La guérison ne doit jamais demander plus de trois semaines de traitement, et les cas bénins huit jours.

DERMITES TRAUMATIQUES

Les dermites traumatiques naissent aux mains et se propagent par le poignet à l'avant-bras. Dans des cas moyens, les lésions occupent exactement la surface que couvre un gant et elles s'arrêtent au poignet.

Quoi qu'il en soit, les dermites traumatiques, quelle que soit leur origine, n'ont au poignet aucune autonomie particulière. Elles sont étudiées avec la région de la main et avec celle de l'avant-bras.

TUBERCULIDES

Le poignet est une région d'élection pour les éruptions localisées de tuberculides. Bien que celles-ci puissent être très différentes, morpho-

ıement, d'un cas à l'autre, elles toutes ont un air de famille qui ït aisément reconnaître par celui qui en a étudié un seul cas ıttention.

es sont constituées par des éléments papuleux, d'un brun violâtre en disparaissant, laissent des cica-; auréolées d'une zone d'hyperchro-Ce sont des éruptions papulo-nécro-s, avec une croûtelle au centre d'une e en régression. Les lésions ac-s papuleuses, rouges, violettes, et aces cicatricielles brunes des éro-passées, les unes mélangées parmi ıtres, en un groupe irrégulier, con-nt vraiment aux tuberculides, sur-en cette région, une physionomie ıue à part. La longue durée sur place éruption, les stigmates de tubercu-lu sujet viennent appuyer les argu-s du diagnostic objectif (p. 579, 626 8).



Fig. 158. — Tuberculides papulo-nécrotiques (acnitis). (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1508.)

LICHEN PLAN

lichen plan n'a aucune élection la région du poignet; c'est une der-se généralisée, mais, à sa face pal-, il se présente souvent avec ses tères élémentaires les plus parfaits. trouve souvent des archipels de papules groupées autour d'un ent plus gros. Toutes les papules d'un rouge jaune ou violet, , brillantées, saillantes exactement d'un 1/2 millimètre au-s de la surface cutanée. Les gros éléments découpés par de fins nents blanchâtres, inclus dans l'épaisseur des papules elles-es, et tout à fait pathognomoniques. Mais, je le répète, il s'agit ırs d'une éruption ayant au moins tendance à se généraliser ıvrant ordinairement le corps entier et les membres d'éléments ables (p. 625).

DOS DES MAINS

Le dos des mains présente une pathologie dermatologique a
différente de celle de la face palmaire.

On y voit, chez l'enfant et l'adolescent, l'érythème violacé du froid qui s'accompagne ou non d'engelures vraies, de fissures et de raghades	**Érythème pernio. Engelures. Fissures . p**
Chez l'enfant et l'adulte, on y observe les poussées d'érythème en cocarde, connues sous le nom d'érythème polymorphe	**Érythème polymorphe. . . . . . . p.**
Dans l'adolescence, ou à l'âge adulte, les diverses formes que les tuberculoses locales peuvent affecter, la tuberculose verruqueuse et le tubercule anatomique . . .	**Tuberculose verruqueuse . . . . . p.**
...et puis le lupus vrai dans ses trois formes : plate, saillante et ulcéreuse, celle-ci conduisant à des mutilations	**Lupus . . . . . . p.**
Avec les tuberculoses locales, nous parlerons des angiokératomes, nævi verruqueux multiples au dos des doigts et des mains.	**Angiokératome de Mibelli. . . . . p.**
...et surtout des tuberculides éruptives (acné cachecticorum) et des déformations des mains qui peuvent les accompagner .	**Tuberculides. . . . p.**
En passant, je dirai quelques mots des mains lépreuses dans la lèpre mutilante .	**Lèpre . . . . p.**
...et de la sclérodactylie, bien qu'elle débute par les doigts et se généralise à tout le corps	**Sclérodactylie . . . p.**
De même la main est un lieu d'élection pour les plaques achromateuses du vitiligo, sans que le vitiligo y soit nullement limité; nous en parlerons ici	**Vitiligo . . . . . . p**
...ainsi que des mélanodermies qui, en général, sont plus marquées au niveau des régions découvertes.	**Mélanodermies. . . p**

e Xéroderma pigmentosum qui est une e de lentigo malin, familial a ses loca-tions exclusives à la face et aux mains. udra donc en dire également un mot.	Xéroderma pigmentosum . . . . . . p. 383.
es mains sont le lieu d'élection des mites traumatiques d'origine externe .	Eczémas traumatiques. . . . . . . p. 384.
e dos des mains présente aussi une sin-ière forme d'eczéma nummulaire tri-phytoïde qui peut être primitif ou se-daire.	Eczéma trichophytoïde nummulaire. p. 385.
es poussées de dyshidrose s'observent si plus souvent au dos des mains que tout ailleurs.	Dyshidrose. . . . . p. 386.
n sait que la main est l'un des sièges ection de la gale, nous devrons insister peu sur les symptômes qu'elle y pré-te	Gale. . . . . p. 387.
e dos des mains est également l'un des ges d'élection des trichophyties en folli-ites agminées dites Kerion Celsi. . . .	Trichophytie. Kerion Celsi . . . . . . p. 388.
On y observe souvent des éléments vési-eux exulcérés ou croûteux de l'impé-o contagieux.	Impétigo contagieux. p. 389.
On y observe assez souvent : furoncles, hrax, abcès péri-folliculaires.	Furoncle. . . . . . p. 390.
e dos des mains est encore un des lieux ection de la pustule maligne charbon-se	Pustule maligne . . p. 391.
de l'ulcère ou bouton d'orient nommé ant les régions, clou de Biskra, bouton ep, ulcère annamite, etc.	Bouton d'orient. . . p. 392.
des verrues vulgaires et verrues planes.	Verrues . . . . . . p. 393.
érythème pellagreux et les érythèmes agroïdes, avec œdème cutané et décol-ent de l'épiderme corné, ont encore le de la main pour localisation typique .	Érythèmes pellagroïdes. . . . . . p. 394.
our terminer nous dirons quelques des œdèmes des mains si fréquents tant d'états morbides dermatologiques tres.	Œdèmes . . . . . . p. 394.
et des dermites atrophiques télan-asiques des mains chez les gens pro-nnellement exposés à l'action des s X	Dermite chronique des rayons X. . . p. 395.

ÉRYTHÈME PERNIO — ENGELURES

Le nom de cet érythème indique sa nature. Il naît du froid. C'est comme une énorme engelure du dos de la main, quelquefois du dos de la main et des doigts; d'autres fois il accompagne des engelures distinctes des doigts.



Fig. 159. — Érythème pernio exulcéré. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 636.)

L'érythème pernio se présente comme un œdème en masse de la région. La surface dorsale de la main ainsi gonflée est rose, l'épiderme corné souvent plissé et desquamant. La surface épidermique peut même être phlycténisée (fig. 159). La main est froide.

Cet érythème a les causes obscures des engelures, une circulation visiblement mauvaise, et les causes humorales mal définies sous le nom de lymphatisme et scrofule (?). Soustraire les parties malades à l'action du froid et du chaud, pansements glycérinés. Traitement général tonique par le sel et l'iode.

FISSURES ET RHAGADES A FRIGORE

Le froid, qui, chez certains, cause des engelures des mains ou de l'érythème pernio, chez d'autres déterminera des gerçures fissuraires, très douloureuses, saignantes au moindre mouvement, particulièrement fréquentes et pénibles chez les gens de métier manuel que leur profession oblige à mettre les mains dans l'eau.

Cesser, au moins momentanément, tout métier traumatisant, pansements glycérinés, glycérolé d'amidon à la résorcine au 1/30. Après guérison, continuer l'usage de la glycérine, jusqu'à cessation du froid, au moins chaque nuit.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE

Les lieux d'élection de l'érythème polymorphe sont les poignets, les malléoles, la face dorsale des mains et des doigts et les faces latérales du cou où nous l'avons déjà rencontré. Il semble que l'érythème polymorphe soit un érythème toxi-infectieux à point de départ amygdalien ordinaire. C'est souvent 4 à 8 jours après une pharyngite légère ou marquée qu'il apparaît subitement, symétriquement, aux deux poignets et au dos des mains sous la forme de taches rose-lilas, le plus souvent rondes, en cocarde, avec un centre bistre, une zone livide moyenne et un ourlet rose périphérique. Ordinairement cette éruption, qui comprend de 10 à 15 taches, plus ou moins grandes, mais toutes analogues, et ayant constamment les localisations indiquées plus haut, cette éruption, dis-je, se complète en 2 ou 3 jours, avec très peu de phénomènes locaux, quelquefois des arthralgies légères et une sensation générale de brisure. Elle dure sur place 5 à 6 jours, après quoi ces taches s'éteignent dans l'ordre où elles sont apparues.

L'érythème polymorphe peut être ultra-bénin, limité à des taches roses, orbiculaires, sans cocarde reconnaissable, ou bien il est plus sévère et sur la surface des taches l'épiderme presque décollé se ride sous le doigt.

Dans des cas plus marqués les taches deviennent des phlyctènes ou des bulles (p. 677).

Le traitement local est palliatif et symptomatique. Poudres et pâtes couvrantes. Traiter les amygdales si l'angine est récidivante, car souvent l'érythème récidive avec elle.

TUBERCULOSE VERRUQUEUSE (RIEHL ET PÁLTAUF) ET TUBERCULOSE ULCÉREUSE

La tuberculose externe, le plus souvent contractée par le phtisique, en essuyant, du revers de la main, sa moustache souillée de salive, ou son nez qui coule, se présente au dos de la main sous la forme d'une lésion irrégulière, de surface papillomateuse et verruqueuse, sèche, facile à excorier et à déchirer, peu douloureuse, lentement extensive. C'est « le tubercule anatomique » du dos de la main. Toutefois, sa surface peut être mamelonnaire presque lisse, ou tendre à l'ulcération,



FIG. 140. — Tubercule des anatomistes (tuberculose cutanée). (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 956.)

et plus tard devenir franchement ulcéreuse, et quelquefois même mutilante.

La première forme est la moins grave. Elle guérit fort bien par le raclage à la curette tranchante s'il est bien pratiqué. Et, s'il se produit des repullulations partielles, le galvano-cautère en vient à bout sans grande peine.

Tout autre est la forme ulcéreuse. La destruction galvanique après anesthésie restait naguère la meilleure intervention, mais elle doit être faite avec la dernière rigueur, et la récidive peut survenir. La photothérapie guérit ces formes ulcéreuses comme les autres, et le traitement chirurgical aujourd'hui ne devrait être employé que quand la photothérapie est inapplicable (p. 25).

LUPUS VRAI

En dehors de ces deux formes, très distinctes, la main, comme les autres régions découvertes, est assez fréquemment atteinte de lupus

i. Il y existe sous ses trois formes : intra-cutané non exubérant, bérant et fongueux, ulcéreux et destructeur. Il y garde ses caractes, ses mœurs, son évolution identiques à ce que nous les avons vus visage (p. 21).

l comporte les mêmes conclusions pronostiques aussi, et les mêmes



Fig. 141. — Lupus mutilant. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 945.)

lications thérapeutiques. Comme au visage, mais pour d'autres raiıs, l'intervention doit être hâtive, car l'impotence de la main prise rive vite, et quelquefois même les ulcères destructeurs et les mutiions (fig. 141).

ANGIOKÉRATOME DE MIBELLI

C'est une affection qu'on a tendance à rattacher de plus ou moins és aux tuberculides. Objectivement on dirait des multitudes de petits ri vasculaires, en étoile, occupant de petites verrucosités disséminés. Toujours plus fréquents au dos des doigts qu'au dos des mains, seront étudiées page 412.

TUBERCULIDES ÉRUPTIVES

état d'infection tuberculeuse d'un sujet peut ne se traduire que ıne éruption plus ou moins généralisée de tuberculides papuleuses gnes. L'imprégnation tuberculeuse du sujet le conduit à un état ectique général, à l'émaciation, avec une éruption généralisée de

tuberculides papuleuses, analogues à celles que nous avons étudiées au poignet. Je n'insiste pas sur les transformations totales des extré-



Fig. 142. — Mains difformes et criblées de tuberculides papulo-nécrotiques chez une enfant de 15 ans. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré (¹).

mités, que la photographie ci-contre traduit si bien, mais qui, à ce degré, sont rares.

Cet état ne comporte point de traitement local et, comme traitement général, celui de la scrofule d'autrefois : de l'air, du sel et de l'iode.

LÈPRE

Bien que ce livre écarte presque complètement l'étude des maladies exotiques, la lèpre joue un rôle trop considérable dans la pathologie générale et cutanée pour que ses lésions caractéristiques ne soient pas au moins mentionnées ici.

(¹) La radioscopie a montré les os normaux ou très peu augmentés de volume. Toutes les lésions sont donc des lésions de parties molles.

ce nombre sont les lésions tendineuses, arthropathiques et ses des extrémités, dont la figure ci-contre fournit une image qui se de longs commentaires. Ces lésions peuvent être seulement nantes, ou à la fois déformantes et ulcéreuses. De toutes façons,



. 145. — Mains dans la lèpre mutilante. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

d cette période est survenue, le diagnostic est fait depuis long-s par les éruptions cutanées, les troubles nerveux, les lésions les (p. 24), qui seront présentées plus loin dans un tableau emble de la maladie (p. 751).

SCLÉRODACTYLIE

sclérodactylie commence par les doigts et la main, mais ne s'y se nullement, aussi trouvera-t-on son histoire avec celle des der-ses généralisées (p. 690). Elle commence, chez la femme, ordinai-it, vers la quarantaine, par un épaississement dur de la peau des , quelque chose comme un œdème dur ou mieux une pachy-e, la peau apparaissant d'un jaune de cire, avec la couleur et la transparence d'un vieux cierge. Cet état, avec l'impotence l s'accompagne, fait place ensuite à une rétraction comme sclé-

reuse du derme, et alors, tandis que la main en est encore au premier stade de la maladie et apparait ronde et potelée, les doigts, pointus du bout, sont comme des fuseaux. Cette maladie, même quand elle marche le plus vite, est très lente. Localement elle aboutit à l'atrophie des phalangettes et à la perte successive des bouts de doigts. Souvent demeure en place l'os à demi résorbé de phalanges disparues et autour de lui existe, comme un champignon, un cercle de fongosités molles (fig. 165).



Fig. 144. — Sclérodactylie. (Malade de Quinquaud. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1195.)

Cette maladie aboutit toujours à la cachexie et à la mort dans le marasme, à moins qu'une maladie intercurrente n'en abrège l'évolution. Elle ne comporte aucun traitement connu valable.

VITILIGO

Je placerai à côté de la sclérodactylie un autre type morbide, qui peut s'observer sur tout le corps, mais qui présente, aux mains comme au visage, une de ses localisations électives principales : c'est le *vitiligo*. Il aura son histoire générale plus loin (p. 688). Je me contenterai de rappeler qu'il est caractérisé par de grandes plaques irré-



Fig. 145. — Vitiligo des membres supérieurs chez un syphilitique. (Malade de Darier.)

res où la peau est blanche, décolorée, laiteuse; chaque plaque en-
e d'une zone d'hyperchromie excentriquement décroissante.
die lente d'évolution torpide, à rapprocher des dyschromies et
nodermies. Il est souvent impossible de trouver une cause au
go, mais on peut le voir suivre de grandes infections chroniques,
philis ou des traumatismes.
aitement à peu près nul (p. 29).

MÉLANODERMIES

udierai les mélanodermies au chapitre des *Dyschromies*, parmi
rmatoses généralisées, bien que
part cependant aient une élec-
topographique pour la tête, le
t les mains : ainsi la mélano-
ie addisonienne, qui est le type
eps, et le mieux connu de cette
.



Fig. 146. — Xéroderma pigmentosum. (Malade de Quinquaud. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1464.)

ÉRODERMA PIGMENTOSUM

lentigo malin, familial, hérédi-
occupe surtout le visage et le
es mains. Je l'ai décrit assez lon-
ent au visage pour n'avoir pas à
ster.
te dermatose consiste en une
de taches hyperchromiques in-
rables qui augmentent de nom-
d'importance d'année en année.
taches, les unes s'atrophient et
emplacées par une cicatrice, les
donnent lieu à des dégéné-
ces épithéliales ou sarcoma-
, dont quelques-unes graves finalement (p. 7).

ECZÉMAS TRAUMATIQUES

Dermites traumatiques manouvrières.

Une foule de professions manuelles exposent les ouvriers à des dermites traumatiques, qui ont, pour caractère principal, d'avoir leur maxima aux mains et aux poignets et de diminuer progressivement à mesure qu'on examine un point plus élevé de l'avant-bras. Les victimes sont les cuisinières, les laveuses, les photographes, les imprimeurs, les maçons, etc., etc.; le traumatisme pouvant être l'immersion trop répétée dans l'eau simple, sale ou savonneuse, ou résulter du contact de tous les agents chimiques possibles : la chaux, l'essence de térébenthine, l'acide pyrogallique, la colle de pâte fermentée, l'eau de Javel, etc., etc., etc.

Les lésions, toujours élémentairement polymorphes, comprennent tous les éléments de l'eczéma; vésicules miliaires ouvertes, suintement de surface de l'épiderme privé de sa couche cornée superficielle, croûtes séreuses minces, parcheminées; elles comprennent aussi des pustules *miliaires* staphylococciques qui peuvent faire la majeure partie de l'éruption (p. 204) ou au contraire y apparaître comme rares, secondaires, négligeables. Enfin, sous les croûtes, quand les lésions de surface sont très suintantes, on voit souvent le mince exsudat fibrineux humide, lilas-pâle, caractéristique de la présence du streptocoque, ce que la culture spéciale prouve facilement (p. 10).

Le traitement consiste dans la cessation du métier traumatisant ou la suppression de la cause traumatique; ensuite les pansements humides permanents ont ordinairement vite fait d'éteindre les lésions actives. Après quelques jours, couvrir les lésions atténuées de pâte de zinc jusqu'à guérison complète.

Bien remarquer que les mêmes traumatismes ne créent pas les mêmes dermites chez tout le monde, mais les reproduisent à peu près constamment sur les mêmes sujets : ces sujets ont une peau originellement médiocre ou, pour toute cause inconnue, sont aptes à faire de l'eczéma, là où une cause provocatrice le localisera. En général, les dermites manouvrières sont anatomiquement des eczémas vrais, artificiellement provoqués, fréquemment couverts d'infections secondaires.

ECZÉMA EN PLACARDS TRICHOPHYTOÏDES DU DOS DES MAINS

Eczéma à grosses vésicules dyshidroïques.

s deux noms désignent une même espèce clinique, eczéma d'évo-
n chronique et récidivante, très rebelle, assez fréquent, et ayant
besoin d'être bien connu.

n élément premier est une grosse vésicule bien plus analogue à
s de la dyshidrose qu'à celles, beaucoup plus fines en tous autres
s, de l'eczéma. Ces vésicules, grosses comme un grain d'orge et
claires, dures et tendues au toucher, naissent disséminées sur
s des mains et des doigts, sur les faces latérales des doigts à leur
e, sur les bords de la main, dans l'intervalle du pouce et de l'in-
au bord interne du pouce, au dos du pouce, et jusque sur l'émi-
thénar, surtout près du poignet. Ces poussées vésiculeuses peu-
avoir été provoquées par un traumatisme professionnel ou autre,
les teinturiers, les photographes, etc. Ces poussées, extrême-
prurigineuses, sont subintrantes et peuvent se renouveler pen-
des mois.

a longue les vésicules forment des placards plus ou moins circi-
ces placards, une fois formés, prennent peu à peu un aspect tri-
ytoïde tellement accentué que j'ai vu faire, et j'ai rectifié par la
re, maintes erreurs de diagnostic procédant de cette ressem-
e. Il y a de petits placards et d'autres grands. Les petits placards
moins trichophytoïdes. Ce sont des cercles incomplets, grands
e une pièce de un franc, dont la surface, rose, est épidermisée,
dont l'épiderme est jeune, incomplet et paraît vernissé. Ces
placards sont bordés de vésicules naissantes, adultes ou bien
tes, celles-ci étant signalées par leur fond rouge où le corps
eux est à nu. Les grands placards cycliques, ou polycycliques,
s de la main sont plats et de surface unie (deux caractères élimi-
e trichophyton), rose, vernissée; ils sont un peu plus élevés que
u saine, couverts d'érosions vésiculaires à divers stades régres-
et cerclés de vésicules *irrégulièrement disposées*, les unes
es à fond rouge, les autres entières.

eczéma peut accompagner un eczéma plus ou moins étendu du
ou même généralisé; le plus souvent c'est un eczéma des seules
ités. Il est plus fréquent aux mains qu'aux pieds, quoi qu'il

ECZÉMAS TRAUMATIQUES

Dermites traumatiques manouvrières.

Une foule de professions manuelles exposent les ouvriers à des dermites traumatiques, qui ont, pour caractère principal, d'avoir leur maxima aux mains et aux poignets et de diminuer progressivement à mesure qu'on examine un point plus élevé de l'avant-bras. Les victimes sont les cuisinières, les laveuses, les photographes, les imprimeurs, les maçons, etc., etc.; le traumatisme pouvant être l'immersion trop répétée dans l'eau simple, sale ou savonneuse, ou résulter du contact de tous les agents chimiques possibles : la chaux, l'essence de térébenthine, l'acide pyrogallique, la colle de pâte fermentée, l'eau de Javel, etc., etc., etc.

Les lésions, toujours élémentairement polymorphes, comprennent tous les éléments de l'eczéma; vésicules miliaires ouvertes, suintement de surface de l'épiderme privé de sa couche cornée superficielle, croûtes séreuses minces, parcheminées; elles comprennent aussi des pustules *miliaires* staphylococciques qui peuvent faire la majeure partie de l'éruption (p. 204) ou au contraire y apparaître comme rares, secondaires, négligeables. Enfin, sous les croûtes, quand les lésions de surface sont très suintantes, on voit souvent le mince exsudat fibrineux humide, lilas-pâle, caractéristique de la présence du streptocoque, ce que la culture spéciale prouve facilement (p. 10).

Le traitement consiste dans la cessation du métier traumatisant ou la suppression de la cause traumatique; ensuite les pansements humides permanents ont ordinairement vite fait d'éteindre les lésions actives. Après quelques jours, couvrir les lésions atténuées de pâte de zinc jusqu'à guérison complète.

Bien remarquer que les mêmes traumatismes ne créent pas les mêmes dermites chez tout le monde, mais les reproduisent à peu près constamment sur les mêmes sujets : ces sujets ont une peau originellement médiocre ou, pour toute cause inconnue, sont aptes à faire de l'eczéma, là où une cause provocatrice le localisera. En général, les dermites manouvrières sont anatomiquement des eczémas vrais, artificiellement provoqués, fréquemment couverts d'infections secondaires.

ECZÉMA EN PLACARDS TRICHOPHYTOÏDES DU DOS DES MAINS

Eczéma à grosses vésicules dyshidroïques.

Ces deux noms désignent une même espèce clinique, eczéma d'évolution chronique et récidivante, très rebelle, assez fréquent, et ayant donc besoin d'être bien connu.

Son élément premier est une grosse vésicule bien plus analogue à celles de la dyshidrose qu'à celles, beaucoup plus fines en tous autres sièges, de l'eczéma. Ces vésicules, grosses comme un grain d'orge et plus, claires, dures et tendues au toucher, naissent disséminées sur le dos des mains et des doigts, sur les faces latérales des doigts à leur racine, sur les bords de la main, dans l'intervalle du pouce et de l'index, au bord interne du pouce, au dos du pouce, et jusque sur l'éminence thénar, surtout près du poignet. Ces poussées vésiculeuses peuvent avoir été provoquées par un traumatisme professionnel ou autre, chez les teinturiers, les photographes, etc. Ces poussées, extrêmement prurigineuses, sont subintrantes et peuvent se renouveler pendant des mois.

A la longue les vésicules forment des placards plus ou moins circinés; ces placards, une fois formés, prennent peu à peu un aspect trichophytoïde tellement accentué que j'ai vu faire, et j'ai rectifié par la culture, maintes erreurs de diagnostic procédant de cette ressemblance. Il y a de petits placards et d'autres grands. Les petits placards sont moins trichophytoïdes. Ce sont des cercles incomplets, grands comme une pièce de un franc, dont la surface, rose, est épidermisée, mais dont l'épiderme est jeune, incomplet et paraît vernissé. Ces petits placards sont bordés de vésicules naissantes, adultes ou bien ouvertes, celles-ci étant signalées par leur fond rouge où le corps muqueux est à nu. Les grands placards cycliques, ou polycycliques, du dos de la main sont plats et de surface unie (deux caractères éliminant le trichophyton), rose, vernissée; ils sont un peu plus élevés que la peau saine, couverts d'érosions vésiculaires à divers stades régressifs, et cerclés de vésicules *irrégulièrement disposées*, les unes ouvertes à fond rouge, les autres entières.

Cet eczéma peut accompagner un eczéma plus ou moins étendu du corps ou même généralisé; le plus souvent c'est un eczéma des seules extrémités. Il est plus fréquent aux mains qu'aux pieds, quoi qu'il

existe cependant, et souvent à la fois. Cet eczéma avec des régressions, des poussées nouvelles, des temps de silence et des reprises, peut durer des années si sa cause traumatique persiste ou s'il n'est pas traité par les moyens appropriés. Ces moyens sont toujours violents. C'est un eczéma que les pansements humides et les pommades couvrantes n'améliorent en aucune façon, au contraire. Le nitrate d'argent lui-même ne détermine que des améliorations passagères. C'est la chrysarobine qui est le médicament par excellence de cette forme morbide. Et ce seul trait suffit pour assurer à cet eczéma, parmi les autres, une personnalité bien tranchée.

On commencera par une pommade à la chrysarobine au 1/50, additionnée d'oxyde de zinc ; on arrivera le plus souvent à faire supporter la chrysarobine au 1/30.

Dans le cas d'un placard unique, récidivant *sur place* malgré tout traitement, j'ai obtenu la guérison par des ponctuations de galvano-cautère (demi-superficielles et sans cicatrices) en trois ou quatre séances. Et la guérison s'est maintenue depuis quatre ans.

Fig. 147. — Dyshidrose. (Malade de Hallopeau. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 990.)

DYSHIDROSE

La dyshidrose est caractérisée par l'apparition très brusque, symétrique sur le dos des deux mains et leurs bords, d'une éruption de vésicules rondes claires, cuisantes et démangeantes. Cette éruption peut avoir des formes limitées au bord des doigts ; plus souvent elle est généralisée à la face dorsale des deux mains ; elle s'étend quelquefois aux pieds, aux poignets, aux avant-bras.

Cette éruption diffère de l'eczéma par sa symétrie absolue, sa soudaineté d'apparition, la grosseur de ses vésicules, la difficulté de

eur rupture, la cessation des phénomènes aigus en quelques jours et la régression de tous symptômes en une ou deux semaines, trois au plus. Les vésicules ressemblent à un grain cuit de tapioca, inclus « entre cuir et chair » : elles sont difficiles à rompre et contiennent un liquide clair, alcalin, non collant comme celui de l'eczéma. Tantôt l'éruption est discrète, tantôt elle est confluente; elle ressemble beaucoup alors aux éruptions artificielles traumatiques ou médicamenteuses (acide phénique, salol, naphtol). La dysbidrose est seulement plus fréquente chez les éphidrosiques (p. 397) et au printemps ou en été; elle n'est nullement causée par la rétention de la sueur dans les canaux sudoripares (δυς ἱδρος). Sa cause vraie est tout à fait inconnue. Elle peut récidiver ou non. Elle procède toujours de même, par poussée brusque, accompagnée de symptômes fonctionnels, puis tout s'apaise et se termine par une desquamation plus ou moins grosse et visible.

Le traitement, au début, par les émollients, et, à la fin, par les pommades couvrantes, est purement symptomatique. Pas de traitement interne valable.

GALE

La localisation de la gale aux poignets, aux mains, aux doigts sur leurs deux faces, est l'une des principales de cette maladie. Elle y peut affecter deux formes : la gale *simple*, la gale *pustuleuse*, celle-ci plus fréquente chez l'enfant ou l'adolescent.

Quand une gale est d'intensité médiocre, la localisation aux espaces interdigitaux est primordiale; on trouve en ce point un certain nombre de vésiculettes à différents stades, et des lésions de grattage. Rechercher de suite au poignet (face palmaire) et, à la face palmaire de la main, des lésions semblables et le *sillon* caractéristique.

Le sillon, qui existe souvent à la face latérale des doigts, ressemble à un court trajet de ver dans du bois, c'est un linéament étroit, gris, capricieux, creusé non pas *sur* mais *dans* l'épiderme corné, et ayant souvent une vésiculette près de son extrémité. La présence de sillons est caractéristique, surtout à la face palmaire, où ils sont plus fréquents, et que la plupart des maladies ressemblant à la gale (ex. : prurigo) respectent toujours.

Dans les gales intenses ou pustuleuses, le diagnostic se fait, non seulement, par la lésion élémentaire, mais par la topographie de ces lésions,

agglomérées dans tous les espaces interdigitaux, autour des doigts, des poignets. Rechercher les autres localisations de la gale au-devant des aisselles, au coude, à la ceinture, à la verge chez l'homme, etc. : se rappeler qu'elle respecte invariablement la tête et le cou.



Fig. 148. — Gale. — Éruption symptomatique polymorphe. (Malade de Guibout. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 391.)

La forme pustuleuse résulte d'inoculations d'impétigo vrai streptococcique, et d'impétigo pustuleux staphylococcique, dans les sillons et les vésicules dues au sarcopte. On devine l'aspect que ces inoculations, répétées à l'infini, peuvent fournir. Le grattage les porte partout, les agrandit, peut créer même des lésions ulcéreuses (ecthyma galeux). Un impétigo des extrémités doit toujours faire penser à la gale, fût-ce pour éliminer ensuite cette idée.

Le traitement de la gale sera décrit (p. 605) avec le tableau d'ensemble de cette maladie. On sait que les pommades soufrées sont les topiques de choix. Suivant le degré d'infection secondaire, on frotte les gales pustuleuses, « car sur ces impétigos la frotte agit comme un cataplasme » (Tenneson), mais elle est alors très douloureuse. Dans les cas de gale très pustuleuse, on traite l'impétigo d'abord, par les moyens appropriés. (p. 10).

TRICHOPHYTIE DU DOS DES MAINS

Il est rare d'observer la trichophytie au dos des mains, sous une autre forme que celle du *kérion* (p. 176).

Le kérion, c'est-à-dire la trichophytie d'origine équine, à forme de lliculite agminée en placards circulaires, se trouve donc avoir :actement la localisation de l'eczéma trichophytoïde, nummulaire, lus haut décrit.

Le kérion du dos de la main peut prendre un développement énorme, faire un placard de 6 centimètres de diamètre, toujours *rond*, surélevé, à bords talués, à surface rouge, couverte de croûtes, ou couverte de pustules folliculaires. La surface, une fois détergée, par deux jours de pansements humides, se présente comme criblée de trous de grosse épingle, trace des pustules ouvertes nettoyées. Les symptômes fonctionnels, très peu accentués, permettent d'éliminer le diagnostic d'anthrax. La profession du malade : palefrenier, vétérinaire, sellier, camionneur, permet de penser à l'origine équine. La culture, très facile à obtenir et pure d'emblée, quand on ensemence (en strie) le pus de pustules, non ouvertes, sur une gélose peptone sucrée (4 pour 0/0), fournit, quand on la réimplante, une culture admirable, en rayons, saupoudrés de plâtre (*Trichophyton gypseum*). L'examen microscopique doit porter directement sur le pus, examiné entre deux lames de verre sans coloration (300 diam.). On y voit flotter des rameaux mycéliens aisément reconnaissables. L'examen microscopique des poils ou follets est plus difficilement positif.

Le traitement comprend bien plus l'usage des antiphlogistiques : cataplasmes, compresses d'eau bouillie, que l'emploi des antiseptiques, et ceux-ci doivent être très dilués. Teinture d'iode étendue de 10 à 15 fois son volume d'alcool, en badigeons locaux quotidiens. Une énorme amélioration est obtenue en 3 jours. La guérison en 2 semaines.

IMPÉTIGO CONTAGIOSA

L'*impétigo contagiosa* commun, est caractérisé par des phlyctènes rares, plates, le plus souvent déchirées, vides du sérum qu'elles ont contenu, et ridées. D'autres éléments ont perdu leur épiderme corné, ce sont des exulcérations plates, ovales, séro-croûteuses. Ces éléments siègent au dos des doigts, au dos de la main ou autour du poignet. Ils accompagnent presque toujours un impétigo plus caractérisé du visage (p. 8) ou bien une tourniole péri-unguéale (p. 424). Ces éléments ne durent jamais, longtemps, à la même place. Chacun

dure 8 à 10 jours, mais l'éruption peut se prolonger, faute de soins, par la naissance de phlyctènes nouvelles. Ce sont d'abord de petites vésicules molles, presque des bulles, puis la lésion s'élargissant, sa coupole cornée devient surbaissée, plate, la vésicule devient une phlyctène large, pleine de sérosité claire, à peine louche.

Lorsque l'éruption est particulièrement violente (Pemphigus aigu bénin ou épidémique de certains auteurs), les exulcérations, laissées par les phlyctènes, peuvent dépasser en dimension une pièce de 50 centimes. Elles exhalent du sérum qui fait à leur surface une croûte mince, que le moindre contact décolle de la lésion sous-jacente, et alors le suintement se renouvelle.

C'est une affection contagieuse, pour les enfants surtout, et qu'on peut voir épidémique ; dans ce cas elle s'inocule d'abord aux régions découvertes, mais peut, sur certains sujets, faire des éruptions généralisées, toujours discrètes. Pour le traitement, voir page 10 et surtout pages 645 et suivantes.

FURONCLES — ANTHRAX — ABCÈS PÉRIFURONCULEUX

Comme toutes les régions découvertes et soumises aux traumatismes, le dos des mains peut présenter des furoncles, quelquefois même un anthrax, et leur suite.

Le furoncle est le plus souvent précédé par une pustulette folliculaire orificielle, qui peut passer inaperçue, et alors ce sont les symptômes fonctionnels, toujours intenses, par rapport aux dimensions de la lésion, qui commencent. D'abord la chaleur locale, la cuisson et la douleur sont vives ; la rougeur progressive se prononce ensuite ; puis s'accuse l'extumescence acuminée du furoncle, au sommet de laquelle la suppuration deviendra visible.

Après 3-5 jours, un bourbillon sphacélique, jaune-verdâtre, est éliminé, les symptômes locaux décroissent et disparaissent. Lorsque, autour du premier foyer inflammatoire, d'autres se produisent, 2-6 ordinairement, c'est l'*anthrax*. Il est de dimensions rarement énormes, mais de symptômes douloureux et inflammatoires très accusés. La tumeur, en pomme d'arrosoir est grosse comme une 1/2 noix, elle devient rarement grosse comme une 1/2 mandarine, et alors il y a œdème considérable, lymphangite, etc....

Le traitement, abortif au début, c'est la forte pointe de galvano-

autère, exactement appliquée sur le follicule qui est le centre de la ésion. Aussitôt après, pansements humides ou mieux bain permanent. Sitôt que l'anthrax est évident : pratiquer sur chaque « tête » ou point suppuré visible, une pointe galvanique plus grosse et plus forte, de façon que la lésion soit ouverte largement. S'il y a abcès *post* et *périfuronculeux*, il s'élimine ordinairement, par la cheminée folliculaire ouverte. S'il a tendance à fuser : ouverture chirurgicale large, drainage, pansement humide, aseptique.

PUSTULE MALIGNE

Je décrirai ici la pustule maligne charbonneuse, parce que son siège habituel est au dos des mains. Son siège peut être aussi au visage. Ce sont toujours les parties découvertes qui en sont atteintes. L'inoculation est plus fréquente chez les mégissiers, les équarrisseurs, les vétérinaires et surtout les tourneurs en corne. On sait que la spore charbonneuse résiste des mois à la dessiccation, et pendant le dépeçage, les cornes sont toujours souillées du sang de la bête.

La « pustule maligne » n'est pas une pustule, mais une phlyctène roussâtre très prurigineuse, vite déchirée, et qui alors laisse apparaître une exulcération d'un jaune citron. C'est la surface d'une escarre qui se formera les jours suivants. Le lendemain, cette escarre, grande comme l'ongle du petit doigt, occupe le sommet d'une large tumeur acuminée de 5 centimètres de diamètre, d'un rouge violet. Lorsque la pustule maligne s'aggrave, autour de l'escarre première, un collier de vésicules grosses comme des perles apparaît. Le plancher de chaque vésicule sera une nouvelle escarre, etc. Le pronostic devient sérieux, car l'infection charbonneuse septicémique est imminente. Elle évolue, comme il sera dit, page 668.

Le plus souvent, la pustule maligne marche spontanément vers la guérison. Dans les 3 ou 4 jours qui suivent l'apparition de l'escarre jaune, se forme un séquestre conjonctif énorme, gros comme une forte noix, qui s'éliminera comme une gomme, pendant que les symptômes locaux s'amenderont.

La valeur des traitements antiseptiques (piqûres d'eau phéniquée au 1/100e tout autour de la tumeur, etc.) paraît très douteuse. Le bain tiède permanent comme antiphlogistique paraît la meilleure pratique à suivre. La décongestion locale par les scarifications serait à tenter si

la tumeur augmentait. On a proposé l'exérèse large de la pustule ma
ligne au galvano-cautère et aussi les injections circonférentielles d
liqueur iodée de Gram diluée au 1/3 ou au 1/4 dans les tissus envi
ronnants.

Le pronostic est tout entier basé sur la marche de la températur
Bien que la guérison spontanée soit de règle, la pustule maligne com
porte un pourcentage de morts encore élevé.

CLOU DE BISKRA

Clou de Biskra, bouton d'Alep, ulcère annamite, etc., etc., sont l
synonymes d'une affection qui semble la même, et dont on ignore e



FIG. 149. — Clou de Biskra, provenant de Biskra même. (Malade de Jeanselme. Photographie No

core la cause évidemment parasitaire. La lésion est un chancre chr
nique ulcéreux dont la durée totale d'évolution est de 1 an ou 18 moi
Ceux que nous voyons en France sont toujours en régression spont
née. Ils siègent d'ordinaire aux mains, aux jambes, au visage.

e sont des ulcères à fond tomenteux, rouge-brun, à bords calleux, ıllés, taillés à pic, irréguliers, violacés. Tout autour de l'ulcère, la ı en réparation est mamelonnaire, ressemblant à celle des der- es chroniques de la jambe, souvent pigmentée et écailleuse. A la l'ulcère fermé disparaît. Quand il s'efface, on dirait un lupus erculeux commençant, avec ses tubercules jaunâtres « sucre d'orge » us dans la peau.

es traitements les plus variés usités dans les pays équatoriaux où bouton d'Orient » est endémique, ne paraissent pas d'une grande acité. En France, on le guérit comme un simple ulcère chronique : ımade au sous-carbonate de fer au 1/40e, mais il guérit aussi ıtanément.

VERRUES SIMPLES

es *verrues* sont fréquentes au dos des doigts et des mains, rares à ace palmaire. Elles sont connues de tout le monde. Isolée, une verrue une petite tumeur dure, saillante, irrégulière, de surface mame- naire ou villeuse, tumeur bé- ne, qui semble réinoculable au teur (ou même à autrui), se mul- ie souvent sur le même sujet. fait quelquefois des conglomé- s de 2 à 10 éléments lesquels ıvent même déterminer un cer- ı degré d'impotence fonction- lle. Les verrues péri-unguéales ıt douloureuses. Ce ne sont pas simples tumeurs cornées, car si les abrase elles saignent.



Fig. 150. — Verrues vulgaires. (Malade de L. Jacquet. Photographie de Dubray.)

Le traitement comporte toujours nploi des caustiques. L'acide ni- que fumant, appliqué au som- et de la verrue, gouttelette par uttelette, en laissant chacune sé- ıer avant d'en appliquer une autre ubreuilh), et en continuant jusqu'à douleur accusée, est un bon oyen, quand le nombre des verrues n'est pas très grand. Dans le s contraire le galvano-cautère paraît, quoique plus douloureux, pré-

férable, si l'on veut bien appliquer, après guérison, sur chaque trace de l'intervention, une goutte d'acide chromique, au 1/5 deux ou trois fois la semaine.

La verrue plate juvénile, dont les amas simulent certains nævi plans, ou certaines éruptions de lichen plan, peut par exception s'observer au dos de la main, comme au visage. J'ai donné ses caractères et son traitement en parlant des lésions du front (p. 152).

PELLAGRE ET ÉRYTHÈME PELLAGROÏDES

La pellagre est une maladie italienne et espagnole qu'on n'observe plus en France. C'est un état d'intoxication chronique causé par l'usage du maïs avarié, et qui se caractérise par un état d'anémie et de cachexie, des sensations de brûlures dans la bouche et à la langue, etc., et par une singulière sensibilité de la peau, particulièrement du dos des mains, à l'action des rayons chimiques du spectre. L'érythème pellagreux, autant qu'on en sait, car cette question comporte beaucoup de littérature et très peu d'études expérimentales, serait donc un érythème solaire chez des intoxiqués à peau sensible.

L'érythème pellagreux ne différerait ainsi de l'érythème solaire pellagroïde, que par l'intensité des phénomènes locaux dont il s'accompagne. Le dos de la main est rose, gonflé, sensible; la peau tendue, l'épiderme corné soulevé souvent par des bulles ou des phlyctènes remplies de sérosité claire, louche ou roussâtre.

L'érythème solaire pellagroïde guérit vite par l'application permanente d'émollients. Il dure une semaine au plus. L'érythème pellagreux durerait plus longtemps parce que la pellagre est une maladie des misérables, parce qu'il n'est pas traité, et que les causes en persistent. En France ce qu'on appelle à tort *pellagre* ne comprend guère que des érythèmes pellagroïdes chez des intoxiqués, des miséreux, des surmenés, qui ont exposé leur main, en travaillant, aux premiers soleils.

ŒDÈME DES MAINS

Toute irritation cutanée vive s'accompagne d'œdème du dos des mains. Ainsi l'érythème solaire, les dermites traumatiques, l'eczéma, etc., etc. L'œdème des mains peut accompagner certaines

aexies au stade ultime; dans ce cas, les membres inférieurs sont jours plus œdématiés que les supérieurs. L'œdème peut dépendre troubles circulatoires locaux, d'origine inflammatoire (Phlegmatia), is alors la cause locale est évidente et l'œdème n'existe que d'un 5.

On a signalé des œdèmes réflexes, trophiques, dans plusieurs mala- s nerveuses : ataxie locomotrice, syringomyélie, paralysie géné- , etc. L'*œdème hystérique* est le mieux connu. Il n'existe que chez névropathes avérés, il est ordinairement double et chronique; ès des mois, des années il peut s'atténuer et disparaître momenta- ment ou pour toujours. L'œdème est dur, incolore. La peau garde dant des heures l'empreinte des doigts appuyés sur elle. La peau froide, rose, normale. Il y a souvent une demi-impotence du mbre. Les ongles peuvent porter des stigmates de dystrophie.

Le traitement des œdèmes varie trop avec leur cause pour qu'on isse en parler ici.

DERMITE PROFESSIONNELLE DUE AUX RAYONS X.

'est un accident maintenant bien connu et qui a atteint tous les niers opérateurs qui se sont occupés de radiothérapie. On n'observe ces accidents depuis qu'on a compris la nécessité d'envelopper poule productrice de rayons X dans une chape métallique isolante. était une *dermite atrophique et télangiectasique* des mains et des ts. La peau trop fine, trop lisse, trop blanche, semble trop serrée la main ou le doigt qu'elle recouvre. Les plis ont disparu. Des cosités se dessinent dans cette peau atrophique comme il advient la peau des visages couperosés, mais par places seulement.

nfin de ci, de là naît un état verruqueux plus ou moins accusé de au, *épithélioma* ordinairement torpide, mais qui a pu obliger à intervention chirurgicale, et à l'ablation d'un ou plusieurs doigts. iter l'action des rayons X et appliquer chaque nuit :

Chlorate de potasse	0,50 centigrammes.
Oxyde de zinc	5 grammes.
Vaseline	30 —

PAUME DES MAINS

La paume de la main, région dont l'histoire dermatologiq vraiment particulière, présente à considérer d'abord deux tr congénitaux :

L'un, l'éphidrose, est un trouble fonctionnel qui est l'hypersécrétion sudorale .	**Éphidrose . . . . .**
L'autre, anatomique, l'hyperkératose symétrique des extrémités, que son caractère héréditaire et congénital différencie des diverses hyperkératoses palmaires dont nous verrons plus loin le tableau.	**Kératodermie palmaire symétrique.**
J'étudierai ensuite les lésions palmaires de la gale simple et pustuleuse.	**Gale. . . . .**
... les pustules staphylococciques simples des épidermes cornés épais.	**Pustules (staphylococciques). . . .**
... et les bulles ou phlyctènes streptococciques de même localisation	**Phlyctènes (streptococciques) . . .**
La trichophytie, qui revêt à la paume de la main une physionomie très particulière, nous occupera ensuite.	**Trichophytie palmaire . . . . .**
La syphilis fait à la paume de la main une éruption papuleuse secondaire hyperkératosique	**Éruptions syphilitiques secondaires.**
... et des lésions tertiaires d'un diagnostic souvent très épineux et difficile. . .	**Syphilide tertiaire..**
Il existe une kératodermie palmaire et plantaire des adultes cliniquement et étiologiquement mal différenciée, ayant les apparences de la kératodermie symétrique congénitale, mais n'en ayant pas la persistance	**Kératodermie palmaire des adultes.**
L'arsenicisme chronique crée une kératodermie palmaire que son étiologie surtout et quelques caractères objectifs différencient de toute autre	**Kératodermie arsenicale . . . . .**
Le psoriasis palmaire, malgré ses symptômes propres un peu spéciaux, est diagnostiqué surtout par la concomitance d'un psoriasis typique en d'autres régions.	**Psoriasis palmaire**

ıa chronique palmaire, très hyper- ue lui aussi, s'accompagne toujours des doigts et de la région péri-	**Eczéma palmaire . . p. 406.**
es professions manuelles déter- ɜs kératodermies locales, sujettes ɜs complications	**Calus . . . . p. 407.**
ninerai par quelques mots brefs affections locales qui sont des ɔar exemple sur la tumeur pédi- rnue qui est la **botryomycose** *. . .*	**Botryomycose. . . . p. 407.**
la localisation palmaire de la ma- Darier	**Maladie de Darier. . p. 408.**
· la rétraction de l'aponévrose pal- 'un examen superficiel pourrait ıdre pour une maladie dermato-	**Rétraction de l'apo- névrose palmaire. p. 409.**

ÉPHIDROSE

rose ou hyperhidrose est l'exagération de la fonction sudo-hénomène, localisé à la face palmaire des mains et à la face des pieds, n'est pas rare. Ses degrés sont très divers, depuis fait la main moite jusqu'à celui qui fait la main ruisselante. ier degré cette infirmité est des plus pénibles pour le malade. rement ces mains sont froides et accusent des troubles cir-ou vaso-moteurs évidents. Le sujet a souvent d'autres tares subluxation spontanée du pouce, l'excès d'extension des i peuvent se recourber excessivement vers le dos de la ....

est à peu près sans remède. Tous ceux qu'on indique sont tifs. Poudrages avec : poudre de tannin; poudre de farine poudre d'oxyde de zinc; poudre de talc, etc., employés ou séparément; ce ne sont que des absorbants ou des iso-tion des courants de haute fréquence n'est pas prouvée ou oins n'est pas constante.

l'éphidrose exister dès l'enfance, mais s'exagérer avec mble qu'elle régresse avec la vieillesse. Elle n'en demeure , pendant presque toute la vie, une gêne constante pour le

remarquer que beaucoup d'affections cutanées des mains fréquemment avec de l'éphidrose (eczémas, etc.).

KÉRATODERMIE PALMAIRE ET PLANTAIRE

Il s'agit d'une difformité congénitale, familiale héréditaire. Elle est plus fréquente en certains pays et villages où les mariages entre consanguins la perpétue. Cette affection congénitale, quand elle doit être très prononcée, se remarque dès les premières semaines ou les premiers mois; moins marquée, elle semble débuter vers 4 ou 5 ans.

La face palmaire des mains et des doigts est couverte d'une carapace cornée plus ou moins épaisse, mais qui peut dans les cas les plus marqués, atteindre à un centimètre d'épaisseur. Elle semble faite



Fig. 151. — Kératodermie symétrique congénitale des extrémités. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1173.)

d'une seule pièce, ou bien les mille plicatures de la peau normale sont devenues des fissures profondes découpant la masse hyperkératosique comme une mosaïque.

Cet état, avec des variantes individuelles, s'améliore l'été, augmente l'hiver. Pendant l'hiver, les fissures peuvent pénétrer dans l'épiderme, profondément, devenir sensibles et même saignantes.

Le pronostic doit être réservé toujours; malgré de rares cas d'amélioration lente qu'on a signalés. La gêne et l'impotence fonctionnelle, moins grandes que dans les eczémas palmaires kératodermiques, peuvent être cependant très marquées.

omme dans l'ichtyose, le traitement doit être permanent, et mène qu'une amélioration, objective et fonctionnelle, passagère. ponçage, après ramollissement de la corne sus-épidermique, reste peu près la seule ressource; le pansement humide étant l'un des eilleurs moyens de ramollissement préalable. Même aux mains, les sures, avec la macération des déchets épidermiques dans leur proondeur, exhalent souvent une odeur repoussante. Le cas échéant je aiterais cet inconvénient comme les éphidroses plantaires (p. 449).

GALE SIMPLE — GALE PUSTULEUSE

La gale est l'une des rares maladies qui sèment la face palmaire de ions disséminées; et dans une gale un peu développée, il est bien e que les lésions galeuses palmaires fassent défaut. Ce sont le plus vent des sillons tout à fait typiques, parce que étant creusés dans épiderme corné épais, ils ne sont pas déformés par l'adjonction lésions accessoires. Ces sillons, étroits comme un trait de plume, guliers comme un tracé de ver dans du bois, sont longs de 4 à illimètres, quelquefois plus. Près d'une de leurs extrémités se voit vent une vésicule acuminée.

amais ces lésions palmaires ne s'observent sans lésions concomites plus marquées et plus polymorphes, du poignet, des espaces erdigitaux des doigts et du dos de la main.

a gale pustuleuse, lorsqu'elle est floride (fig. 148), s'accompagne s souvent de pustulation palmaire. C'est la vésicule, créée par le rcopte, qui s'infecte et devient une plus grosse pustule à staphyloque. Une pustule de la paume de la main peut être purement staylococcique (fig. 152), et encore le fait est rare, mais plusieurs stules signifient toujours gale et s'accompagnent des lésions dores que la figure 148 représente si bien.

e dirai (p. 605) le traitement de la gale et n'y insisterai pas ici.

PUSTULES STAPHYLOCOCCIQUES DES ÉPIDERMES CORNÉS ÉPAIS

a pustule staphylococcique de la paume de la main est rare; cette ion étant doublement protégée, contre le staphylocoque, par son lerme corné épais, et par l'absence de follicules pilaires. Quand telle pustule survient, on peut l'observer aux doigts et aux mains.

C'est d'abord une phlyctène ronde, surbaissée, plate, d'un 1/2 à 1 [centi]timètre de large, remplie de pus jaune, visible par transparence. [Cette] lésion, quelquefois spontanée en apparence, est souvent consé[cutive] à un traumatisme, à une piqûre septique, à l'introduction [d'une] écharde, etc....

Elle peut évoluer de deux façons : ou bien la phlyctène, un[e fois] constituée, meurt, sèche et est expulsée par la rénovation de [l'épi]derme corné au-dessous d'elle. Ou bien, au milieu de son planch[er se] creuse un pertuis profond ; un abcès en bouton de chemise se f[orme]



FIG. 152. — Pustule staphylococcique des épidermes cornés épais consécutive à une piqûre (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

les symptômes réactionnels locaux surviennent, et même quelq[uefois] des symptômes généraux notables. Le pus de l'abcès profond a [envahi] une gaine synoviale, c'est le panaris. Il y en a de bénins et d'[autres] graves.

Si l'on intervient tardivement en ouvrant et réclinant l'épi[derme] corné de la pustule superficielle, on voit au centre de son pla[ncher] du pus comme un bourbillon. Si l'on comprime la région, c[e pus] s'écoule, *il peut en sortir par cette cheminée étroite* beaucou[p plus] qu'on ne s'y attendait ; dans ce cas l'intervention doit être vra[iment] chirurgicale, large, hâtive.

Cette pustule staphylococcique des épidermes cornés épais, à son
but, n'est que l'homologue, en une région dépourvue de follicules
aires, de la pustule d'impétigo de Bockhardt (voir p. 204) dont la
sée profonde, et le panari consécutif, représentent, modifié par la
ucture anatomique de la région, l'abcès périfuronculeux secondaire
. 206).

BULLES STREPTOCOCCIQUES DES ÉPIDERMES CORNÉS ÉPAIS

Je les décrirai aux doigts où elles sont plus fréquentes (p. 417). Aux
ains elles affectent le même aspect : bulles ou phlyctènes solides,
sistantes, remplies de sérosité louche, un peu sensibles au toucher.
Elles peuvent être primitives ou secondaires, (et dans ce cas elles
npliquent une gale
éalable), mais ne
terminent pas de
nptômes fonction-
ls bien marqués.
verture et détersion
l'eau d'Alibour,
nme il est dit page
.



Fig. 155. — Trichophytie palmaire. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1650.)

TRICHOPHYTIE PALMAIRE

La trichophytie pal-
maire peut s'observer
ans deux cas; ou bien
r suite de l'exten-
n d'une trichophy-
de la face dorsale,
bien par inocula-
n d'emblée *in situ*.
Elle peut affecter deux formes, une bénigne, une plus sérieuse.
nigne, elle provient de l'un des trichophytons habituels au cuir
velu de l'enfant. On l'observe chez les médecins, les infirmiers et

épileurs. C'est une desquamation géographique de la paume de l main, ordinairement localisée au centre, ayant des bords blanch tres, et causant un prurit assez accentué. Cette trichophytie se guér sans application de teinture d'iode mitigée ou non, par le seul déc page de la région malade à l'eau savonneuse et à la pierre ponce. l deuxième forme, plus sévère, est la première amplifiée de tous point La lésion, plus régulièrement orbiculaire, a son centre desquamé liss fait de peau jeune, où l'épiderme corné est moins épais. Le bord de lésion est fait d'épiderme corné décollé, soulevé, demi-déhiscent.

Enfin au delà, et tout autour de la lésion, existent sous l'épiderm corné du voisinage, des vésicules closes, visibles par transparenc rondes, non saillantes, (parce qu'elles ne peuvent soulever l'épiderm corné épais de la région), très prurigineuses, et qui signalent l'accroi sement périphérique de la lésion.

Ici encore le décapage est plus utile que l'antisepsie. Il faut pe dant une semaine et davantage décaper minutieusement la régi malade à la pierre ponce, jusqu'à ouvrir toutes les vésicules de lésion. Des pansements humides de quelques heures facilitent ponçage. Lorsque la lésion est ainsi ramenée à fleur de peau, d applications iodées faibles :

Iode métallique.	1 gramme.
Alcool à 60 degrés.	100 grammes.

la guérissent sans difficulté. Lorsque le décapage est incomplet l récidives sont de règle; y prendre garde.

La durée des trichophyties palmaires livrées à elles-mêmes est sa limite. J'en ai vu durer une plus de trois ans.

ÉRUPTIONS SYPHILITIQUES SECONDAIRES

La syphilis secondaire, au moment où elle se manifeste, par u roséole papuleuse généralisée à toute la surface du corps, ou par u éruption de papules plus grosses et discrètes, crée des papules dans paume de la main. Et comme il n'y a pas d'autre éruption macu papuleuse du corps qui crée dans la main des lésions semblab l'importance diagnostique de l'éruption syphilitique palmaire considérable.

Suivant que l'éruption du corps est discrète ou abondante, et

apules sont peu développées ou florides, l'éruption palmaire dif-
a. Pourtant le médecin la reconnait en général au premier coup
. Ce sont des taches rousses ou brunâtres, visiblement sous-cor-
qu'on voit par transparence et qui soulèvent, très légèrement,
lerme d'extumescences peu marquées.

ns les cas où les lésions sont florides, elles sont plus reconnais-
s encore. Elles sont rondes, de 3 à 4 millimètres de diamètre,
couleur est d'un roux-cuivré, caractéristique, et elles soulèvent
lerme en un relief plat visible. Cette éruption est lente à dispa-
e.

us tard, à la place de chaque papule, on peut voir l'épiderme
é s'exfolier, comme à la place d'une vésicule sèche. Et cette trace
sion passée peut n'être
rattachée à sa cause,
l'aspect s'en éloigne de
i de la lésion au stade
t.



Fig. 154. — Syphilis palmaire psoriasiforme. (Malade de Hillairet. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 54.)

ÉSIONS SYPHILITIQUES TERTIAIRES

syphilis tertiaire, le
iasis, l'eczéma peuvent
r dans la paume de la
des lésions sympto-
quement impossibles à
rencier l'une de l'autre.
ssaierai pourtant de
de chacune un tableau
que vrai. La syphilis
aire palmaire se carac-
e d'ordinaire : α, par
lésions hyperkératosi-
: β, exfoliées ; γ, bor-
sur un côté par un liséré rouge assez visible.

L'épiderme corné est très épaissi, même autour de la lésion,
ent même au-dessus du liséré qui représente la lésion en activité.

L'exfoliation épidermique sur la surface de la lésion est irrégu-

lière, lamelleuse, blanche; le bord est fait partout de lamelles exfoliées, en déhiscence plus ou moins prononcée. Le fond de la lésion n'est pas partout au même niveau, mais un peu irrégulier.

γ. La lésion est bordée d'un liséré rose, écailleux, qui manque ici ou là, mais est quelquefois très net. Sa direction est ordinairement très irrégulière, serpigineuse. Au milieu de la lésion on peut trouver des taches analogues à ce liséré, et ce sont elles qui font que la surface exfoliée de la lésion n'est pas plane.

La syphilide tertiaire de la paume est unilatérale, ordinairement, mais non toujours, et toute lésion hyperkératosique palmaire n'est pas forcément syphilitique parce qu'elle est unilatérale. Inutile de faire ressortir l'importance que peut offrir dans ces cas l'enquête rétrospective concernant des accidents de syphilis antérieurs.

Le traitement d'une syphilis qui se manifeste par cette lésion doit toujours être intensif (piqûres de 0,08 centigrammes d'huile grise au 1/40, hebdomadaires) si l'on veut que cette lésion très tenace rétrocède vite.

KÉRATODERMIE PALMAIRE ET PLANTAIRE DES ADULTES

Le tableau de la kératodermie palmaire et plantaire congénitale décrite plus haut (p. 398), peut apparaître en quelques mois chez l'adulte. Le tableau en est d'ordinaire très atténué. Il s'agit de masses kératodermiques irrégulières, non d'une couche kératodermique uniforme. Le traitement par les kératolytiques : solutions, pommades et emplâtres salicylés forts (au 1/20, au 1/10, au 1/5), en ont ordinairement raison en quelques mois. Penser toujours devant des cas semblables à l'origine arsenicale possible de la kératodermie symétrique non congénitale. (p. 404).

HYPERKÉRATOSE DE L'ARSENICISME

L'arsenicisme fait, mais à la région palmaire seulement, une hyperkératose dont l'aspect objectif rappelle singulièrement celui de la sclérodermie.

La peau apparaît d'un jaune de vieille cire, et tellement épaissie que l'hyperkératose rend les mouvements de flexion des doigts douloureux et difficiles. Seulement l'hyperkératose n'est pas régulière et le plus souvent elle est semée de nodules cornés caractéristiques.

Cette hyperkératose arsenicale est moins rare qu'on ne l'imagine, elle peut suivre l'absorption d'une dose d'arsenic assez médiocre, et se constituer en quelques mois ; le plus souvent elle accompagne une intoxication très chronique; l'arsenic ayant été pris d'ordinaire dans un but thérapeutique et sous une forme d'ailleurs quelconque. Beaucoup de maladies qu'on traitait intérieurement par l'arsenic (au moment où l'arsenic était le médicament interne de l'arthritis comme l'iode celui de la scrofule), ont été notées comme s'accompagnant d'hyperkératose, alors que l'hyperkératose notée devait être arsenicale. L'hyperkératose arsenicale se constitue souvent à la suite d'un érythème local desquamatif. L'hyperkératose une fois constituée disparaît très lentement après que les prises d'arsenic ont été cessées. On aide à sa disparition par le décapage artificiel.

Toute kyperkératose palmaire doit d'abord faire penser à l'arsenicisme et faire interroger le malade avec scrupule sur ce point.

PSORIASIS PALMAIRE

Le psoriasis palmaire est souvent difficile à distinguer de la syphilide palmaire psoriasiforme que je viens de décrire tout à l'heure et même de l'eczéma hyperkératosique dont je parlerai plus loin. Le diagnostic est aisé quand la lésion palmaire s'observe au cours d'un psoriaris typique, et c'est le cas le plus ordinaire; mais le cas contraire existe.

Les lésions débutent d'ordinaire en plusieurs points à la fois comme des médaillons hyperkératosiques épais, durs, brunâtres, qui ne s'exfolieront que plus tard. Lorsque la couche cornée superficielle, se rompra, et sera enlevée, l'hyperkératose sous-jacente se traduira par l'exfoliation d'une foule de lames micacées superposées, tellement nombreuses et serrées qu'on les dirait comprimées à la presse. Lorsqu'on les enlève, elles laissent une sorte de godet rond limité par un bord hyperkératosique feuilleté, surélevé et talué en dehors. *Presque toujours, plusieurs lésions semblables évoluent côte à côte,* et après un certain temps se fusionnent. Il en résulte une lésion irrégulière dont l'exfoliation perpétuelle se poursuit. Le diagnostic n'est fait avec sécurité que par les lésions du corps, du dos de la main et des ongles. Quand il n'en existe pas, on doute toujours.

Le traitement du psoriasis palmaire est celui du psoriasis, après décapage complet. On commencera donc par ce décapage qui doit être

poursuivi avec grand soin, car de lui dépend le succès du traitement. On y emploiera surtout les applications prolongées de savon noir suivies de frictions à la pierre ponce. Ce travail sera continué tous les jours, au cours du traitement. Le traitement comprendra les plus fortes applications dont on puisse user contre les psoriasis rebelles, l'usage associé des acides pyrogallique, salicylique, chrysophanique au 1/50, et augmentées proportionnellement à la résistance opposée par le cas particulier.

Le pityriasis rubra pilaire (p. 415) s'accompagne souvent d'hyperkératose palmaire, mais ces lésions n'existent jamais seules et ne sont dans la maladie totale qu'un épiphénomène régional.

ECZÉMA CHRONIQUE PALMAIRE

L'eczéma aigu palmaire est rare, et reconnaissable aisément, ne fût-ce que par l'ensemble de la poussée eczématique au milieu de laquelle on l'observe.

Fig. 155. — Variété fissuraire de l'eczéma palmaire (mains et doigts). (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

L'eczéma chronique palmaire est de diagnostic également facile quand il accompagne un eczéma chronique péri-unguéal ou généralisé, ou encore quelque autre lésion de nature eczématique indiscutable. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Il n'est même pas prouvé que les lésions palmaires que l'on qualifie psoriasis ou eczéma palmaire soient toujours du psoriasis ou de l'eczéma, et qu'il n'y ait pas une hyperkératose avec exfoliation limitée à ces régions qui ne soit ni eczémateuse ni psoriasique. Quoi qu'il en soit, l'eczéma palmaire chronique occupe en général toute la paume des deux mains, et même la face palmaire des doigts. Sa lésion plus diffuse se continue souvent avec des lésions dorsales des doigts ou péri-unguéales. Elles sont ordinaire-

moins hyperkératosiques, épaisses et saillantes, dans l'eczéma
ire que dans le psoriasis, mais ce sont là des généralités.
lloir, dans tous les cas où les lésions palmaires existent seules,
noncer entre le psoriaris et l'eczéma me paraît illusoire. Ce
les diagnostics cliniquement sans critérium précis.
traitement de ces deux affections dans cette localisation est du
similaire, et leur pronostic doit être aussi réservé, car ce sont
sions tenaces, difficiles à traiter et récidivantes.
traitement de ces eczémas est celui des eczémas chroniques; on
ttaquer les lésions par l'acide salicylique et la résorcine à doses
essives; les pansements humides et le ponçage préalable étant
l'eczéma palmaire comme dans toute lésion hyperkératosique de
ge de première utilité.

CALUS

tains métiers manuels, par la répétition d'un même traumatisme
ème point, créent des calus, c'est-à-dire des hyperkératoses
s, tellement situées au même point chez les gens de même métier,
peuvent servir à faire porter le diagnostic de leur profession.
les cordonniers ont un large calus situé sur le pli qui sépare
ence thénar de la face palmaire de la main et un autre à cheval
pli de flexion des doigts sur la main, au bord cubital de la
ainsi de suite. Le frottement répété qui a créé le calus a géné-
ent fait une bourse séreuse au-dessous de chacun d'eux. Et cette
e séreuse peut s'enflammer avec des symptômes rappelant ceux
aris, mais localisés au-dessous du calus lui-même. Lorsqu'il y a
ration, il faut débrider rapidement pour soulager les douleurs
onne la formation d'un abcès entre des tissus inextensibles.
ue des calus occupent les plis naturels, ils amènent souvent la
tion d'une fissure médiane dont le calus fait les bords calleux.
e cas, il faut user très complètement le calus au savon et à la
ponce, ensuite on fait fermer la fissure médiane avec des appli-
s au pinceau de Baume du commandeur.

BOTRYOMYCOSE

otryomycose est une affection rare. C'est sur la face palmaire de
n, une petite tumeur fongueuse, rouge ou violette, molle, exul-

cérée, non suintante qui semble sortir de la main et être collée à la peau mais qui en réalité n'est rattachée à elle que par un pédicule mince, comme il est facile de s'en assurer en la pinçant avec une pince à griffe.



Fig. 156. — Botryomycose. (Malade de Nélaton. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 2205.)

L'étiologie de cette affection a été extrêmement discutée. Il semble que la tumeur pédiculée, caractéristique de la botryomycose, soit une fongosité simple née d'une piqûre sale, et développée autour de la colonie staphylococcique qui en serait la cause microbienne (?). Le traitement est l'excision pure et simple du pédicule et la cautérisation de son vestige s'il en est besoin. La guérison est rapide et parfaite.

MALADIE DE DARIER

On a décrit ses lésions à la paume de la main. Cette localisation n'est pas fréquente dans une maladie déjà rare par elle-même.

Il semble que la main soit incrustée de globes cornés très durs inclus dans l'épiderme très épaissi de la région. Chaque globe est un peu plus gros qu'un grain d'orge et ressemble à un grain de tapioca cuit.

traitement de cette localisation de la maladie serait évidemment ial et comprendrait le décapage par les applications de savon noir, ommades salicylées fortes et le ponçage, avant l'application des mades cadiques composées (p. 302) qui donnent dans les localisa-s ordinaires de la maladie les meilleurs résultats.

RÉTRACTION PALMAIRE

ne ferai que mentionner la rétraction palmaire qui n'est pas une adie dermatologique. C'est la rétraction progressive de l'aponé-e qui sous-tend la paume de la main ; elle débute ordinairement le côté cubital de la paume. Le toucher fait sentir sous la peau onévrose tendue, avec des reliefs comme des cordes. Ce caractère ermet aucune erreur de diagnostic avec des sclérodermies vraies.

DOIGT

Le dos des doigts partage avec le dos de la main une grande p
de sa pathologie dermatologique. De même sa face palmaire a
homologies dermatologiques les plus frappantes avec la paume d
main.

C'est pourquoi nous diviserons ce chapitre en deux sous-chap
premiers : 1° **Doigt (face dorsale)** et 2° **Doigt (face palmair**
reste encore 3° le **bout du doigt** dans la région de la pulpe et aus
tour de l'ongle dont les affections dermatologiques sont assez p
culières pour motiver une étude spéciale. Et je terminerai par un
nier sous-chapitre : 4° **Ongles**, qui n'est pas parmi les moins in
tants de la dermatologie tout entière.

DOIGT (FACE DORSALE)

C'est au dos du doigt surtout que se localisent les **engelures**. *Et comme elles appartiennent surtout au jeune âge nous en parlerons tout d'abord*	**Engelures** . . . . . p
*C'est à la suite des engelures que naissent ces sortes de petits angiomes vasculaires sanguins multiples, avec transformation cornée concomitante, qui font l'***angiokératome** *de Mibelli. Nous serons ainsi amenés à en parler aussitôt après*	**Angiokératome** . .
Le **spina ventosa** *est une tuberculose osseuse qui gonfle le doigt entier et lui donne la forme d'un radis rose, on en dira quelques mots ensuite.*	**Spina ventosa** . . .
... et aussi du **tubercule anatomique** *qui résulte d'une inoculation externe de tuberculose*	**Tubercule anatomique** . . . . .
*Les doigts peuvent, comme la main, montrer l'***érythème pernio** *diffus (a frigore) et les macules en cocarde de l'érythème polymorphe, mais cette affection leur est commune de tous points avec les mains et nous en avons suffisamment parlé en traitant de cette région*	**Érythème pernio.** **Érythème polymorphe** . . . . .

J'en dirai autant de l'eczéma du corps du doigt, car il ne prend qu'autour des ongles une physionomie et des mœurs particulières.	**Eczéma. . . . . . . p. 413.**
La dyshidrose, dans ses formes les plus intenses, prend également les mains et les doigts, mais elle comprend des formes limitées aux doigts et aux espaces interdigitaux qui ont une ressemblance avec la gale et doivent être décrits particulièrement. . .	**Dyshidrose. . . . . p. 414.**
J'en dirai autant de la trichophytie, qui peut limiter aux doigts seuls, ses cercles au pourtour rouge et vésiculeux.	**Trichophytie. . . . p. 414.**
Je parlerai pour mémoire de l'impétigo contagiosa qui peut faire ses phlyctènes séreuses, au dos des doigts.	**Impétigo contagieux. . . . . . p. 415.**
... et aussi des folliculites pustuleuses conglomérées du même siège.	**Panaris anthracoïde p. 415.**
... et je rappellerai que le pityriasis rubra pilaire, quoique maladie de toute la surface du corps, présente au dos des doigts sa lésion élémentaire caractéristique . . .	**Pityriasis rubra pilaire. . . . . . . p. 415.**

ENGELURES

Les engelures ont pour le dos des doigts une prédilection bien connue. A leur premier degré ce sont des indurations rouges, qui, lorsqu'elles sont multiples, rendent le doigt moniliforme. Le doigt, froid, rose, œdématié, devient chaud et cuisant le soir. A un degré plus accentué, les engelures s'ulcèrent superficiellement et l'ulcération dure autant que les froids. La pathogénie exacte des engelures est mal connue. Les enfants y sont plus prédisposés, et ceux qui gardent, adultes, le physique et les maladies de l'enfance. Le froid surtout, avec des alternatives de chaleur brusque et de refroidissements successifs, en est évidemment la cause effective.

Le traitement en est quasi nul. Les exulcérations pansées avec un glycérolé d'amidon semblent guérir plus vite (la douleur de l'application est vive); l'usage de la glycérine, sur la main entière, toutes les nuits, pendant toute la saison froide, pourrait être utile. On donne traditionnellement à ces malades, l'huile de foie de morue à l'intérieur et les médicaments iodés, etc. (V. pour l'*érythème pernio*, p. 376).

TUBERCULE ANATOMIQUE

Le tubercule anatomique est le chancre initial de la tuberculose noculation externe. Il peut affecter plusieurs formes. Tantôt c'est e petite néoplasie verruqueuse ou papillomateuse, un peu sensible a pression, persistant sur place des mois et d'extension progressive s lente (fig. 140). Au-dessous d'elle la peau est indurée et on sent la néoplasie n'est pas toute superficielle. Sous cette forme, le tuber- e anatomique n'est que le premier degré de la tuberculose verru- use de la main de Riehl et Paltauf (p. 378).

n d'autres cas, la néoplasie fait à la surface de la peau une extu- cence mamelonnaire, d'extension lente, formée de deux ou trois ulo-tubercules conglomérés, visibles sous l'épiderme à peine modi- hyperkératosique.

nfin dans un dernier cas, plus rare, au milieu de la petite néoplasie, ulcération très petite se produit, au fond d'une fissure qui la ie d'abord. Cette forme, (comparable à la tuberculose ulcérée des queuses, de la langue particulièrement), est la plus résistante, la s sérieuse des trois.

ans ces trois formes, la destruction complète, absolue et un peu fonde de la néoplasie et de l'induration sous-cutanée qui la sous- l, est nécessaire. Elle se fera, après insensibilisation, avec le gal- o-cautère, très largement. Pansement à la pommade au sous-car- ate de fer au 1/40. Surveiller la cicatrisation avec beaucoup de i et longuement. Les lymphangites tuberculeuses et adénites à dis- ce sont rares, mais elles doivent faire réserver le pronostic et gent à une thérapeutique active, chirurgicale : exérèse suivie de tothérapie des cicatrices.

VERRUES

es verrues, très fréquentes au dos des doigts, comme à la face sale de la main, ont été traitées avec les types morbides les plus uents de cette région; je n'ai pas à y revenir ici (p. 395).

ECZÉMA

'eczéma des doigts est confondu dans l'eczéma des mains. Il ne

prend une physionomie, des mœurs et un traitement particulier. qu'autour de l'ongle et au bout du doigt, nous en parlerons page 125.

DYSHIDROSE

La dyshidrose des doigts peut exister seule, sans poussée dyshidroïque des mains (fig. 147) et mérite donc une description particulière.

Annuellement, ou par poussées saisonnières, au printemps, en été, surviennent *sur les parties latérales* d'un ou de plusieurs doigts des poussées vésiculeuses plus ou moins marquées, quelquefois abortives, de vésicules « entre cuir et chair ». Ces vésicules ne s'ouvrent que par grattage vigoureux. Le prurit existe et une certaine cuisson, mais ces symptômes sont modérés.

Ces phénomènes surviennent par petites poussées successives, pendant 1 ou 2 semaines, quelquefois un mois, et disparaissent pour revenir l'année suivante.

Pas de traitement utile, pronostic bénin. Ce sont des cas légers de la dyshidrose des mains, décrite p. 386.

J'y insiste parce que ces lésions sont quelquefois prises à cause de leur localisation, pour des lésions de gale. La gale n'est jamais localisée exclusivement là; il existe des lésions disséminées, à la main, sur ses deux faces, aux poignets, aux aisselles, à la verge, toutes localisations étrangères à la dyshidrose. De plus la gale est contagieuse, la dyshidrose ne l'est pas.

TRICHOPHYTIE

Les cas de trichophytie, localisée à un ou plusieurs doigts, ne sont pas très rares. On peut voir les cas suivants :

1° Ou bien un seul doigt est pris, le plus souvent l'annulaire sous l'anneau; il se développe alors une lésion vésiculeuse ronde qui, dépassant la face dorsale du doigt le contourne et se développe au-dessous de lui.

2° Ou bien un doigt inocule le voisin, et plusieurs doigts contigus sont pris l'un après l'autre de lésions semblables.

3° Ou bien la lésion se développe à la base d'un doigt. Elle s'étend sur lui, d'un côté, mais, sur la main et les espaces interdigitaux.

tre part. Par là, elle gagne d'autres doigts et la face palmaire de aain. Cette lésion, qui peut être syphiloïde au premier aspect, est *ours* vésiculeuse sur ses bords, et il est facile de s'en rendre pte, en ouvrant les vésicules de bordure une par une. La caracté-que d'ensemble de cette lésion, c'est qu'en dépit de la forme des ts sur lesquels elle se développe elle ne cesse pas de dessiner un le parfait.

e traitement est beaucoup plus facile sur la face dorsale que sur ace palmaire des doigts et de la main. Au dos les frictions vigou-ses de teinture d'iode diluée de 4 à 5 fois son volume d'alcool isent à guérir en 8 jours une trichophytie. Les mêmes frictions rent être précédées à la face palmaire d'un ponçage parfait, poussé u'à détruire l'épiderme corné en totalité.

IMPÉTIGO CONTAGIEUX

es phlyctènes louches, le plus souvent ouvertes, ridées, flétries de *pétigo contagiosa* accompagnent une tourniole (p. 424) ou un im-igo contagieux de la main. J'en ai traité (p. 389) assez pour voir point à y revenir.

PANARIS ANTHRACOÏDE

In désigne sous ce nom une folliculite pustuleuse (du type de l'im-igo de Bockhart) occupant tous les follicules pilaires du dos d'une lange, c'est un agglomérat de furoncles superficiels avec symptômes ctifs et fonctionnels faciles à concevoir d'après la définition même e type morbide.

ansements humides à l'eau d'Alibour (sulfate de zinc au 1/100) u'à guérison.

PITYRIASIS RUBRA PILAIRE

décrirai le *pityriasis rubra pilaire* aux maladies généralisées, à du psoriasis auquel il ressemble (p. 595), mais je dois mention-ici l'une de ses caractéristiques éminentes. Quels que soient la e, le degré de généralisation et l'intensité des symptômes du

pityriasis rubra pilaire, il s'accompagne d'un symptôme au dos des doigts qui ne peut tromper.

Sur le dos de chaque phalange existent à l'état normal des poils plus ou moins nombreux et surtout plus ou moins développés suivant



Fig. 157. — Pityriasis rubra pilaire. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, nº 692.)

chaque individu. Les orifices de leurs follicules deviennent saillants et hyperkératosiques dans le pityriasis rubra pilaire. Chacun devient un petit cône saillant visible à l'œil, sensible au toucher. En sorte que chaque phalange prend l'aspect d'une lime ou d'une râpe. Ce symptôme existe même dans les formes frustes de la maladie, il n'existe dans aucune autre.

DOIGT (FACE PALMAIRE)

La face palmaire du doigt a très peu de localisations dermatolo-giques qui ne lui soient communes avec la face palmaire de la main. Cependant quelques dermatoses y prennent une physionomie un peu spéciale.

Ainsi le développement épidermique ɔus-corné du streptocoque, qui fait ail-urs l'impétigo, crée ici de grosses bulles contenu très particulier.	**Bulles séro-puru-lentes (streptococ-ciques). . . . . . p. 417.**
Les pustules staphylococciques, quoique res en cette région, y ont souvent le naris pour conséquence.	**Pustules (staphylo-cocciques). . . . p. 419.**
L'eczéma chronique de la face palmaire doigt participe des caractères hyper-ratosiques de l'eczéma des épidermes rnés épais en général	**Eczéma chronique. . p. 419.**
... Et peut-être s'associe-t-il à la kéra-dermie symétrique des extrémités, qui ut d'ailleurs exister sans lui.	**Kératodermie des extrémités. . . . p. 420.**
Les verrues de la face palmaire des igts, assez particulières en leur forme et uvent douloureuses, nous occuperont en-ite un instant.	**Verrues . . . . . . p. 420.**
En terminant ce chapitre je dirai un mot la trichophytie de la face palmaire des igts	**Trichophytie. . . . p. 420.**
... et d'une rareté dermatologique, les stes épithéliaux produits, par inclusion ns le derme, d'un morceau détaché de piderme dans un traumatisme pénétrant.	**Kystes traumatiques. p. 421.**

BULLES SÉRO-PURULENTES DES ÉPIDERMES CORNÉS ÉPAIS

Elles siègent aux doigts ou à la main. Aux doigts, c'est, d'ordinaire, niveau de la dernière phalange. Il peut en exister à plusieurs igts. La lésion est comme une énorme ampoule sous l'épiderme

corné soulevé. Cette ampoule, dure, tendue, est médiocrement douloureuse. Ouverte, cette bulle laisse échapper un centimètre cube de sérosité louche, dont l'examen microscopique immédiat montre, par myriades, des chaînes de streptocoque (fig. 158)[1].

Cette lésion bénigne, parce que très superficielle, mal décrite dans tous les ouvrages dermatologiques, bien qu'elle ne soit pas très rare, est un élément d'impetigo contagiosa vulgaire (voir p. 8, p. 389, etc.),



FIG. 158 (1). — Préparation de Sabouraud. Dessin de H. Gillet. Obj. 1/5. Zeiss. ocul. compens. 4

transformé par les conditions spéciales que lui impose le revêtement corné épais de la région et protégé par lui contre les infections secondaires. Ces bulles streptococciques peuvent coexister avec la tourniole (p. 424), avec de l'impétigo vulgaire des mains et du visage, ou suivre directement l'introduction accidentelle dans la peau d'une éclisse ou d'une épine, etc.

Traitement. — Abrasion minutieuse de toute l'enveloppe de la bulle; (éviter de répandre son contenu sur les mains en l'ouvrant). Laver la

(1) Ce dessin a été fait d'après une culture d'impétigo dans une pipette de sérum après 12 heures (voir p. 10). Mais cette préparation donne une idée absolument exacte de ce que montre l'examen *direct immédiat*, du sérum des bulles séro-purulentes que je décris.

-face mise à nu, et baigner le doigt entier dans l'eau d'Alibour, plu-
urs fois par jour.

Sulfate de zinc	3 grammes.
— de cuivre	2 —
Eau distillée camphrée à saturation et filtrée. .	500 —

Dans l'intervalle de ces bains et lavages, faire au doigt une poupée
prégnée du même liquide, et la maintenir mouillée, sans couvrir
pansement humide d'un tissu imperméable.

PUSTULE STAPHYLOCOCCIQUE DES ÉPIDERMES CORNÉS ÉPAIS

Je l'ai étudiée avec les lésions de la paume de la main (p. 399 et
. 152), lieu où on l'observe plus fréquemment. C'est une pustule ronde,
ate, plus ou moins large, ordinairement consécutive à une piqûre
ptique. Il faut l'ouvrir, récliner ses parois, et la déterger le plus tôt et
mieux possible, car elle peut être l'origine d'un abcès plus profond,
mmunicant, qui, en cette région, remplie de tendons et de gaines
noviales, devient vite un panaris extensif, quelquefois grave.

ECZÉMA CHRONIQUE

A la face palmaire des doigts, comme au bout des doigts, comme à
face palmaire des mains, l'eczéma chronique, provoqué ou spontané,
rend souvent la forme hyperkératosique et fissuraire. Les surfaces
lates s'épaississent et s'écaillent, tandis que les plis de flexion se
ndent. Des fissures se produisent, même hors des plis de flexion.
'est un eczéma d'une pitoyable ténacité.

S'il a une cause traumatique, supprimer cette cause d'abord; ne
as oublier ensuite que dans tous les cas où une lésion est hyperké-
tosique, le décapage mécanique est nécessaire. Les lésions, ramollies
r des pansements humides et poncés, seront traitées ensuite comme
s eczémas chroniques (p. 385).

Ne pas oublier que, dans la plupart des lésions fissuraires, les pré-
rations à la glycérine sont préférables aux pommades à base de
seline; et qu'après la première cuisson qu'elles provoquent, le
ulagement qu'elles procurent est supérieur au soulagement que
ocure toute autre préparation. Et cela n'est pas indifférent dans un

eczéma qui peut être et est souvent des plus douloureux à tous les mouvements des doigts.

KÉRATODERMIE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS

J'ai parlé de cette hyperkératose congénitale, familiale, héréditaire, en étudiant les maladies palmaires (p. 398). Elle existe à la face palmaire des doigts, de même.

On est souvent amené à se demander si, dans la persistance des eczémas hyperkératosiques et fissuraires de cette région, il ne faut pas voir l'exagération par des causes occasionnelles d'une tendance spontanée préalable à l'hyperkératose (p. 404).

VERRUES

Les verrues de la face palmaire du doigt revêtent une symptomatique objective et fonctionnelle assez particulière. D'abord elles sont comme noyées dans l'épiderme corné, sur lequel elles font une saillie obtuse.

Puis la saillie se prononce, et dès lors toutes les pressions sur elles seront douloureuses, comme sur le cor ou les durillons plantaires aux pieds. Cela amène un certain degré d'impotence fonctionnelle, qui fait demander une intervention. En outre, il est remarquable de voir que les verrues un peu développées de cette région, perforent l'épiderme corné, mais n'y adhèrent pas, en sorte qu'il existe autour d'elle un sillon profond qui peut s'infecter.

La thérapeutique est essentiellement chirurgicale. Après insensibilisation bien complète, on détruira la verrue entière, *jusqu'au derme*, au galvano-cautère. Très souvent l'intervention est insuffisante, parce que le médecin se rend mal compte de la profondeur de l'épiderme corné. Dans ce cas la verrue récidive.

Ne pas confondre les verrues palmaires avec les calus qui sont des tubérosités cornées professionnelles, et dont nous avons parlé à la paume des mains (p. 407).

TRICHOPHYTIE

La trichophytie ne débute guère par la face palmaire du doigt, mais elle l'envahit souvent. Ce qui caractérise surtout la lésion, c'est

orme d'ensemble. Elle contourne le doigt, mais si on développait urface sur un plan, elle formerait un cercle parfait.

Elle est évidemment vésiculeuse à la face dorsale, et semble hyper-atosique à la face palmaire, mais elle est souvent vésiculeuse aussi s l'épiderme corné épais, seulement les vésicules peuvent être dis-ulées par l'épiderme corné. J'ai dit le travail de décapage auquel gent les trichophyties de ces régions (p. 401).

KYSTES TRAUMATIQUES

Les kystes traumatiques sous-épidermiques sont une affection rare l'étiologie curieuse. Dans certains métiers où les doigts sont expo- à être pénétrés par des instruments contondants, des débris d'épi-me, entraînés par l'outil, se greffent dans la profondeur et s'orga-ent en kystes clos, exactement semblables à de minuscules kystes -moïdes, sauf qu'ils ne proviennent pas d'une inclusion *fœtale*.

Ces kystes perlés ronds, demi-transparents, souvent multiples sur même doigt, sont localisés toujours exclusivement à sa face pal-ire.

BOUT DU DOIGT

Le bout du doigt a vraiment une pathologie dermatologique sp
qui n'est point celle du doigt à sa base ou de la main.

Le chancre syphilitique du doigt, si difficile de diagnostic et si souvent méconnu, est presque toujours péri-unguéal.	**Chancre syphilitique.**
De même le lupus du doigt si souvent pris à tort pour un eczéma chronique et la tuberculose papillomateuse que nous avons déjà étudiée au dos de la main. . .	**Lupus et tuberculose papillomateuse. .**
La tourniole, impétigo contagieux du tour de l'ongle, périonychose phlycténulaire streptococcique, a les mêmes localisations	**Tourniole . . . . .**
Il existe un eczéma péri-unguéal, de mœurs et de causes spéciales, ayant une physionomie et un traitement propres . .	**Eczéma péri-unguéal.**
Et il existe aussi un psoriasis péri-unguéal, de diagnostic souvent délicat.. .	**Psoriasis péri-unguéal . . . . . .**
Des affections mêmes que nous avons étudiées prennent autour de l'ongle des symptômes spéciaux qui nous obligeront à en dire un mot, ainsi les verrues. . . .	**Verrues.. . . . . .**
Enfin certaines affections générales ont une localisation primaire aux doigts comme la sclérodactylie.	**Sclérodactylie. . .**
Ou bien certaines affections présentent au bout du doigt des localisations et des manifestations d'une importance diagnostique considérable, ainsi la lèpre	**Panaris mutilant. .**

CHANCRE SYPHILITIQUE

Le chancre syphilitique du doigt est le plus fréquent des ch
professionnels : (médecins, sages-femmes) et l'un des plus dan
quand il n'est pas reconnu à temps. Il se rencontre, même en
des cas de contamination professionnelle. On assiste raremen

nt. Au stade d'état, on dirait un panaris en régression ou une lésion erculeuse, ou même une lésion d'eczéma chronique. Il siège ordirement au long de l'ongle ou à sa base; il élargit considérablent le doigt à son niveau, faisant une tumeur oblongue dure, de un eux centimètres de longueur. Sa surface est rouge, squameuse en pourtour, quelquefois un peu suintante dans la rainure unguéale. n qui rappelle l'ulcération de surface, la surface en soucoupe, l'in-ation ronde, pseudo-cartilagineuse, du chancre syphilitique de tous ges. Ainsi donc les principaux caractères du chancre syphilitique manquent en cette localisation.

)n fait le diagnostic par exclusion; ce n'est pas un abcès latéro-guéal, à cause du manque de symptômes douloureux et de la durée p longue; ce n'est pas une tuberculose locale, qui peut atteindre à développement, en un temps si restreint; ce n'est pas un eczéma guéal, à un seul doigt, avec cette augmentation de volume. Dans conditions, chercher le ganglion épitrochléen, énorme, dur, carac-istique; surveiller l'évolution; ce chancre est d'une durée extraordi-ire il dure 2 mois 1/2 et davantage avant d'être tout à fait épider-sé.

La poly-micro-adénite généralisée et la roséole feront le diagnostic ident.

TUBERCULOSE PAPILLOMATEUSE — LUPUS

e tour de l'ongle peut montrer deux types de tuberculoses locales différentes. La tuberculose papillomateuse et le lupus.

'uberculose papillomateuse. — Elle occupe l'angle latéro-unguéal 'ongle ou sa base. C'est un ilot rond ou oblong de « papillomatose »,



159. — Tuberculose végétante. (Malade de E. Vidal. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 720.)

néoplasie, peu saillante, verruqueuse de surface et hyperkérato-e. Dans la sertissure de l'ongle, quand elle est envahie, la structure

velvétique de la néoplasie est évidente. Il peut se faire un suintement léger.

Le lupus péri-unguéal est d'un diagnostic difficile. Il est souvent diagnostiqué eczéma chronique. Pourtant il n'occupe qu'un seul doigt ce qui est exceptionnel dans l'eczéma. L'ongle semble sortir de bour-



Fig. 160. — Lupus péri-unguéal. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

relets fongueux épais, douloureux à la pression, un peu suintants au ras de l'ongle. Ce bourrelet peut montrer, surtout à quelque distance de l'ongle, des tubercules jaunes, persistant sous la vitro-pression; le plus souvent non. Le lupus de l'ongle ressemble avec ses fongosités au lupus des muqueuses dures particulièrement des gencives. Après quelque temps la longue durée de l'affection aide au diagnostic ainsi que son accroissement continu.

Le traitement de ces deux lésions est chirurgical. C'est, si l'on veut, d'abord le râclage et le curetage des fongosités et villosités, puis la destruction au galvano-cautère de tout tissu envahi ou douteux. Cette destruction doit se faire après anesthésie, sous peine d'être forcément incomplète. Elle l'est quand même souvent et il faut prévoir des reprises et des opérations complémentaires. La radiothérapie en provoquant l'érythème radiodermique (7 unités H.) ou la photothérapie devraient être essayées, au moins après le nettoyage local chirurgical.

TOURNIOLE — PÉRIONYXIS PHLYCTÉNULAIRE STREPTOCOCCIQUE

En son type normal, la tourniole débute par une phlyctène grise en forme de croissant, entourant d'un côté la base d'un ongle. Cette phlyctène est remplie, non pas de pus, mais de sérosité louche. Si cette phlyctène n'est pas déchirée, elle s'étend de proche en proche, tournant autour de l'ongle (tourniole); elle peut atteindre le bout du doigt et créer sous le bord libre de l'ongle une phlyctène plus ou moins grosse, plus douloureuse que la tourniole première, ordinairement

sensible (p. 417). Le plus souvent le grattage la crève, elle se vide, létrit, ce qui peut ne pas empêcher son extension comme dans le précédent, mais alors son contenu passe à la suppuration.

'est un élément d'*impetigo contagiosa streptococcique* comme le ve la culture faite au premier début de la lésion; (d'après les méthodes que nous avons données p. 10). Ordinairement la tourniole ompagne des lésions typiques d'impétigo du visage (p. 8), du dos mains (p. 389), ou des bulles séreuses des régions à épiderme né épais (p. 417).

e traitement est celui de tous les impétigos streptococciques. Abra- l'épiderme soulevé, en totalité, récliner ses bords, laver et baigner eau d'Alibour très souvent, en permanence si l'on peut.

Sulfate de zinc	3	grammes.
— de cuivre . . . . . , ...	2	—
Eau distillée camphrée à saturation et filtrée.	500	—

ECZÉMAS PÉRI-UNGUÉAUX

'eczéma péri-unguéal peut s'observer dans trois cas très différents :



Fig. 161. — Eczéma unguéal, péri-unguéal et sous-unguéal. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

ou bien l'ongle et la peau voisine sont malades ensemble, mais le

doigt, la main et le corps du sujet sont indemnes d'eczéma. Il s'a donc d'un eczéma localisé aux régions du bout des doigts.

Le plus souvent, dans ce cas, il s'agit d'un eczéma traumatiq



Fig. 162. — Eczéma hyperkératosique palmaire (et plantaire). (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

d'une dermite manouvrière. Rechercher ses causes professionnelles: est fréquent chez l casseuses de sucr les fleuristes, les ph tographes, les cime tiers, etc.



Fig. 163. — Eczéma des doigts et des ongles. (Malade de Vidal. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 361.)

Dans ce cas, sur dos du doigt, la pe est épaissie, roug quelquefois suinta te, d'autres fois squ meuse, douloureus l'épiderme corné e détruit ou fissurair Le traitement est da la suppression de l cause. Appliquer da les sillons péri-un guéaux une solutio forte de nitrate d'a gent au 1/5 ou au 1/10, et des pâtes couvrantes.

Ou bien l'eczéma du bout des doigts existe aussi au bout des ls. Aux quatre extrémités on observe une hyperkératose marquée, seulement sur le dos du doigt, mais au bout du doigt, sous le libre de l'ongle, et ce bord est épaissi, de couleur cireuse, sou- fissuraire, douloureux. Quelquefois il s'agit d'une kératodermie trique des extrémités qui s'est compliquée d'eczématisation. us souvent la cause de cet eczéma et de sa localisation est in- ue.

iitement par les médicaments kératolytiques : résorcine, acide lique au 1/5 ou 1/4; au besoin pâte de savon noir, ou, avec pré- on, lessive de soude appliquée au pinceau par le médecin lui- e. On ramollit ainsi les lames hyperkératosiques, on sèche les es par applications quotidiennes de baume du Commandeur. iairement les préparations à base de glycérine, dans cette forme ale, sont mieux tolérées que les autres excipients. Les lésions ingueales sont traitées comme dans la forme précédente.

Enfin l'eczéma unguéal et péri-unguéal peut n'être qu'un épi- régional d'un eczéma chronique généralisé et dans ce cas s'il orte un traitement un peu spécial et habituellement basé sur loi du nitrate d'argent et des goudrons, son pronostic est évi- nent lié à celui de la dermatose générale dont il fait partie.

Oxyde de zinc	15	grammes.
Goudron liquide purifié	4	—
Ichtyol.	2	—
Huile d'amandes douces fraîche.	15	—
Lanoline.	30	—

PSORIASIS PÉRI-UNGUÉAL

ı contraire de l'eczéma, le psoriasis touche rarement à la peau de gion péri-unguéale. Alors que l'ongle est nettement malade, très ent, sauf sa sertissure qui est un peu béante et la suppression de uche épidermique qui vient adhérer à la lunule en temps normal, au elle-même n'est pas malade.

n'en est pas toujours ainsi. Mais lorsque la peau du tour de le est psoriasique, ordinairement il s'agit de psoriasis généralisé; au des mains et des doigts est malade en totalité, et, même dans

ce cas, la peau n'est pas plus prise autour de l'ongle que sur



FIG. 164. — Psoriasis des ongles. (Malade de Thibierge. Musée de l'hôpital Saint-Louis n° 151

reste du doigt. Le contraire peut arriver mais est rare (fig. 1

VERRUES DU SILLON PÉRI-UNGUÉAL

Les verrues simples peuvent s'accumuler dans le sillon la unguéal, et s'insinuer au-dessous du bord latéral de l'ongle ou son bord libre. Dans ce cas elles deviennent, à chaque pression du doigt, l'occasion de douleurs très pénibles.

Leur diagnostic différentiel avec la tuberculose papillomateus 425) est fait, le plus souvent, par la seule concomitance d'a verrues sur le dos des doigts et de la main. D'ailleurs, les ve ne s'accompagnent d'aucun symptôme inflammatoire.

On peut tenter leur destruction par l'acide chromique au 1/2, a au 1/5, ou d'autres caustiques chimiques, mais j'ai toujours été o

ecourir au galvano-cautère pour en avoir raison d'une façon défi-
ve, après anesthésie, comme cela est presque toujours nécessaire
r les opérations sur cette région, très sensible.

SCLÉRODACTYLIE

'ai déjà parlé plus haut de la sclérodactylie (p. 381). Ce n'est pas maladie des doigts comme son nom semble l'indiquer, c'est une ladie de tout le revêtement cutané, et qui sera étudiée avec les dertoses généralisées (p. 690). Mais elle commence par le doigt, gagne main, puis tout le membre peu à peu.

C'est un épaississement tégumentaire total, augmentant d'abord le



165. — Sclérodactylie mutilante. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 580.

ume du doigt : la peau apparaît jaune, cireuse, translucide, puis, t se passe comme si cette carapace se contractait en atrophiant le gt sous elle. Et, tandis que l'œdème dur et l'hypertrophie gagnent main, les doigts deviennent fuselés, et s'amincissent du bout, au

point de perdre leur phalange terminale, dont l'os fait saillie que
fois entouré d'un bourrelet de fongosités.

Cette maladie, d'origine trophique sans doute, mais dont le
nisme et les causes de
rent obscurs se termine
tement par la cachexie
mort du fait d'une m
intercurrente, ordinaire



Fig. 166. — Panaris mutilant dans la lèpre. (Malade de Dejerine.)

LÈPRE MUTILANT

Les formes mutilan
la lèpre sont com
(p. 380). Elles survien
plus souvent dans la
trophoneurotique ou
Le type le plus habituel
panaris chronique de M
avec atrophie musculai
tractions tendineuses,
bles des sensibilités, et

Des ulcères tout à fa
logues au mal perforan
taire, se produisent, qui aboutissent à la dénudation osseu
la perte des phalanges.

Je n'insiste pas plus sur ces phénomènes rares en France, et
article général sur la lèpre (p. 731) résume d'ensemble.

Les mêmes phénomènes ont été décrits dans la syringomyéli
gine non lépreuse.

ONGLES

... une autre que provoque le streptocoque et qui s'accompagne de périonychose phlycténulaire	**Onychose streptococ- cique . . . . . .**

En dehors de ces types divers il faut bien savoir que bea de lésions unguéales ne sont encore pas classées et que, surto lésions unguéales, quand elles existent seules, sans lésions cu concomitantes, sont, trop souvent, indifférenciables entre elles.

GÉNÉRALITÉS SUR LES LÉSIONS UNGUÉALES

L'ongle ne réagit pas différemment à chaque cause morbide. O distinguer les maladi guéales, chose vra l'ongle est seul, et la onychose pourtour d gle est attei deux types tent très s



Fig. 167. — Onychorrexis. (Malade de Dubreuilh.)

Quand est malad il présent ou quatre morbides.

1° La *onychose* nier), ongl si en mo jonc sous externe vée.

2° L'*O rexis* (Du dans laqu gle sembl dans le sens de la longueur, et vouloir se partager en fibres pa comme une tige de chanvre écrasé.

3° La table externe peut être taraudée de trous multiples grêlé qui peuvent être à peine visibles ou, au contraire, marq point de faire un ongle très difforme.

4° Il y a les stries transversales qui donnent à l'ongle un ostréacé, en coquille d'huître.

5° Il y a l'évidement de la table externe et de la substance de par l'extérieur, *ongle évidé* qui peut s'observer dans beauc grandes dermatoses.

6° Enfin il y a l'*onychogriphose* qui recourbe l'ongle hyper en forme de griffe, et qui n'est ordinairement que l'exagératio déformation ostréacée mentionnée plus haut.

De ces généralités il suit que la nature d'une onychose est impossible à déterminer en soi et que le diagnostic est fait lésions cutanées concomitantes, ou quand il s'agit d'un onych cifique, parasitaire, par la démonstration microscopique du pa

ATROPHIE ET DYSTROPHIE CONGÉNITALE DES ONGLES

Il y a des dystrophies des ongles comme des cheveux (voir *thrix*, p. 198), et elles sont souvent familiales et héréditaires coexistent souvent avec d'autres tares et dégénérescences.

Quelquefois tous les ongles existent, mais à l'état de men roses à peines résistantes, ce sont des ongles d'enfant nouvea la dimension des ongles d'adulte.

D'autres fois ils ont une ou deux stries en travers et se ter par un moignon brunâtre et cannelé longitudinalement.

Quelquefois la dystrophie porte sur les ongles d'un ou deux seulement aux deux mains ou à une seule.

Ces difformités sont irréparables.

ONYCHOPHAGIE

On désigne sous ce nom le tic ou la manie qu'ont certains et même certains adultes, de se ronger les ongles. Cette ha banale dans ses formes ordinaires, à un certain âge et à un degré, est à rapprocher des monomanies, et de la manie de l'ép automatique particulièrement : Trichotillomanie (p. 200).

DÉFORMATIONS UNGUÉALES DES MALADIES GRAVES

Toute pyrexie grave, toute maladie même passagère, ayant gravement troublé la santé, peut marquer, sur l'ongle, un sillon transversal de largeur proportionnelle à sa durée. L'accouchement chez certaines femmes marque les ongles de même.

Cette striation fait partie de l'ongle, monte avec lui de 0,5 millimètre par mois (Heller) et est finalement éliminée.

Beaucoup de striations transversales, qu'on voit se produire sur l'ongle dans les grandes dermatoses, ne sont que l'exagération de celles que je viens de rappeler.

Au même type se rattache l'ongle hippocratique qui se rapproche objectivement des onychogriphoses (fig. 179) est qui est liée le plus souvent à une affection chronique de l'appareil pleuro-pulmonaire.

ONYCHOSES SYPHILITIQUES

La syphilis peut toucher l'ongle de diverses façons. Tantôt c'est une papule secondaire qui naît sous l'ongle, visible par transparence; et comme en ce point, la kératinisation de l'ongle est troublée, il s'ensuivra une perte de substance unguéale qui se déplacera avec la croissance de l'ongle et sera éliminée avec lui. A. Fournier a signalé la pachyonychose avec ongle en moelle de jonc, Dubreuilh l'hyperonychose dans laquelle l'ongle est épaissi mais dur.

En fait l'onychose syphilitique ordinaire est une lésion du bord libre et de la sertissure de l'ongle. Tous les doigts sont pris ou la plupart, et cela vers le milieu ou la fin de la première année de la syphilis, par une lésion péri-ungéale, surtout marquée aux angles de l'ongle, et qui ressemble au début de la tourniole. Les ongles sont gonflés, un peu rouges, un peu douloureux, et montrent une sorte de cannelure saillante, de surproduction cornée brunâtre, qui semble un petit abcès. En fait l'onychose syphilitique peut suppurer, tout le tour de l'ongle est enflammé, et il en suinte à la pression un peu de liquide louche, mais ordinairement l'onychose syphilitique reste sèche et douloureuse deux ou trois mois et disparaît sous l'influence du traitement.

LÈPRE

La lèpre aussi a des onychoses, surtout la lèpre tuberculeuse; l'ongle est épaissi, soulevé, raboteux, incomplètement kératinisé. Il y a aussi péri-onychose; le tour de l'ongle montre la peau infiltrée, rouge brunâtre, ulcérée à la sertissure. L'ongle peut tomber et être remplacé par un ulcère bourgeonnant; lésions indolentes d'ailleurs. D'autres fois l'ongle s'émiette, et persiste seulement sous la forme d'un ergot ou tubercule qu'il faut chercher pour l'apercevoir (voir fig. 143).

ONYCHOSES DES GRANDES DERMATOSES

Les ongles ne peuvent pas ne pas participer aux processus dyskératosiques que certaines grandes dermatoses présentent sur tout le corps; ainsi : le pemphigus foliacé (p. 683), le pityriasis rubra pilaire (p. 595), les érythrodermies exfoliantes généralisées (p. 663), le pityriasis rubra de Hébra (p. 663).

Mais, dans tous ces cas, les onychoses ne sont plus qu'un épiphénomène sans grande importance en soi, et qui peut, tout au plus, permettre de différencier l'un de l'autre deux types morbides analogues, différents; aussi n'y insisterai-je pas et envisagerai-je simplement dans les paragraphes suivants les onychoses de l'eczéma et du psoriasis qui sont mieux définis et cliniquement de plus d'importance.

ECZÉMA

Dans l'eczéma grave, la lame unguéale peut « être déchaussée, soulevée par le suintement et tomber tout à fait. Si le processus continue, la matrice ne pouvant pas former de substance unguéale normale, le lit se couvre de productions cornées mal venues, soulevées parfois par des vésicules » (Dubreuilh).

Le plus souvent il y a périonychose chronique, surtout dans les eczémas locaux, traumatiques, entretenus par la profession. Mais en même temps l'ongle est érodé, sa surface est raboteuse, sa consistance molle; la pression à sa surface est douloureuse à cause de l'inflammation et de l'infection des tissus qui le sertissent. Ces lésions eczé-

mateuses unguéales et péri-unguéales sont des plus tenaces, et d plus récidivantes.

Le traitement de la périonychose est le seul possible. L'ongle red vient sain, quand on a guéri sa matrice (voir le traitement de la pér onychose streptococcique, p. 425).

PSORIASIS

Comme nous le verrons pour l'ongle peladique, l'ongle psoriasiq peut être grêlé et ressembler à un *dé à coudre* (Dubreuilh).

Dans d'autres cas, le psoriasis débute par un épaississement co



Fig. 168. — Psoriasis des ongles. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

brunâtre sous les bords latéraux de l'ongle ou sous son bord libre. alors cet épaississement corné apparaît, sous l'ongle, comme une tac jaune. Quand cette lésion est accessible et qu'on la gratte avec u aiguille à dissociation, on l'émiette en débris cornés, micacés, et u fois enlevée, elle laisse un espace vide lenticulaire. Dubreuilh co

ette lésion comme typique et pouvant être diagnostiquée psoriasis, sans concomitance de lésions cutanées. Cependant ces lésions ablent étrangement à celles que crée l'infection staphylococcique inguéale.

s d'autres cas l'ongle psoriasique peut perdre en tout ou partie le externe, être évidé, strié, prendre une forme ostréacée, en , aboutir même à l'onychogriphose. Dans d'autres cas encore videment progressif n'en laisse plus sur place que des débris.

psoriasis unguéal, très souvent, ne s'accompagne pas de péri-. Avec les mycoses unguéales c'est le psoriasis qui peut, le plus ment, se localiser à l'ongle, mais cela n'est pas toujours vrai. itement des psoriasis les plus rebelles : Pommades à l'acide allique et à la chrysarobine au 1/20, au 1/15 et même au 1/10, e nuit pendant des mois. Recouvrir les ongles de doigts de pour éviter les conjonctivites chrysophaniques, etc. Résultats cres.

ONYCHOSES DES GRANDES MALADIES NERVEUSES

a signalé des troubles atrophiques ou dystrophiques des ongles 'ataxie locomotrice, la paralysie générale, la syringomyélie, la nerveuse, et même l'hystérie.

PELADE

altérations unguéales dans la pelade sont des plus fréquentes, xistent dans presque tous les cas de pelade généralisée et dans tié des pelades sérieuses.

en observe même des traces dans des cas de pelade bénigne : e rapportent surtout à trois types.

L'ongle strié de blanc. La leuconychie est chose fréquente et, elle est peu marquée, quasi normale. Mais, dans certains cas de généralisée, chaque ongle est strié de blanc dans son épaisseur, ut en bas de sa longueur, et ce trouble persiste autant que la qu'il accompagne.

'ongle grêlé est criblé de points plus ou moins profonds, gros des chas d'aiguille ; tantôt cette déformation n'existe que sur le, tantôt sur tous, quelquefois sur une seule bande transversale

de chaque ongle. C'est la plus fréquente des déformations unguéales de la pelade.

3° *L'ongle strié verticalement et crénelé.* C'est l'onychorrexis de Dubreuilh; l'ongle se fend ou plutôt se fissure dans sa longueur et les



Fig. 169. — Onychorrexis dans une pelade grave. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

poussières ont vite fait de rendre ces sillons noirs. L'ongle en même temps se clive dans son épaisseur et s'infiltre d'air qui le marque par transparence de fissurations jaunes. Enfin son bord libre se casse et la cassure s'arrête à l'une des fissures verticales ce qui fait que l'ongle cassé à différentes hauteurs parait crénelé.

En général quand une pelade marque les ongles, il faut penser que sa durée sera plus longue que ses dimensions et son aspect au cuir chevelu ou à la barbe ne pourraient le faire supposer. Mécanisme inconnu. Traitement local nul.

ONYCHOSE FAVIQUE

L'onychose favique est cliniquement toujours accompagnée ou précédée de favus du cuir chevelu ou du corps. Elle commence par des traînées jaunes, opaques, débutant par les bords latéraux ou le bord libre de l'ongle et que l'on voit par transparence. Plus tard l'ongle est pris dans toute son épaisseur, qui est très augmentée, aux dépens de sa consistance : « pachyonyxis », onglé en moelle de jonc. La table externe est ordinairement conservée ou bien elle n'est détruite que tardivement, par la profondeur.

Il se produit des soufflures profondes au niveau desquelles la table externe s'effondre. Plus tard encore, l'ongle n'existe plus qu'à l'état

de débris cornés raboteux. Ce dernier état est rare. Ordinairement tous les ongles sont pris ou la plupart, aux deux mains; il n'y a pas de perionychose.

Le diagnostic comme pour presque toute onychose est fait par l'examen des lésions du corps et du cuir chevelu. On le confirme par l'examen microscopique. Au cas où les lésions de l'ongle existeraient seules, l'examen microscopique suffirait à affirmer le diagnostic en montrant la présence d'éléments parasitaires.

Pour pratiquer cet examen on lime de la poussière d'ongle malade au-dessus d'une lame porte-objet; on chauffe un instant cette poussière dans une goutte de solution aqueuse de potasse caustique (30 grammes de potasse pour 100 d'eau); et on examine à 300 diamètres en éclairant faiblement, sans coloration préalable. Les éléments parasitaires sont des fragments mycéliens, composés chacun de plusieurs cellules à double contour, placées bout à bout; la différenciation objective des éléments du favus et de ceux du trichophyton dans les préparations faites avec la poussière d'ongle est délicate même pour les spécialistes, nous n'y insisterons pas.

Pour le traitement, voir page 440, le traitement des onychoses en général.

ONYCHOSE TRICHOPHYTIQUE

Les trichophytons qui font les lésions unguéales ne sont pas d'ordinaire ceux qui font les teignes tondantes urbaines. Aussi à Paris l'onychose trichophytique est une rareté. Ordinairement elle a pour cause un trichophyton à culture violette, d'origine animale probable, car c'est surtout une teigne rurale. La trichophytie unguéale peut exister seule; d'autres fois, et c'est plus fréquent, elle coexiste avec une trichophytie cutanée, une trichophytie de la barbe (voir p. 174), une teigne tondante du cuir chevelu.

Cette onychose existe à tous les doigts; rarement un ou deux sont préservés. C'est une altération chronique, qui peut guérir seule, mais le plus souvent, persiste sans modification pendant des années.

Elle débute par le bord libre des ongles ou le tour de l'ongle, en respectant souvent d'abord un îlot médian de la table externe; l'ongle est épaissi, en moelle de jonc, érodé en surface, quelquefois

évidé en profondeur, réduit à une surface spongieuse et raboteuse salie par les poussières.



FIG. 170. — Trichophytie unguéale. (Malade de Lailler. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1190.)

L'examen microscopique se fait suivant les mêmes méthodes que nous venons d'indiquer pour l'examen de l'ongle favique. Les éléments mycéliens trichophytiques sont très analogues aux éléments faviques, ils sont plus réguliers et ordinairement font des chaînes mycéliennes plus longues.

Le traitement des onychoses mycosiques : favus et trichophytie, est le même. Il est médical ou chirurgical. Médical, c'est le port chaque nuit pendant six mois d'un petit pansement d'ouate mouillée de

Iode métallique.	5 centigrammes.
Iodure de potassium	1 gramme.
Eau distillée	100 grammes.

recouvert d'un doigt de caoutchouc lâche.

Le traitement chirurgical, c'est l'avulsion successive de tous les ongles sous le chloroforme, et le pansement local avec une teinture d'iode étendue 10 fois de son volume d'alcool à 60°.

ONYCHOSE STAPHYLOCOCCIQUE — STAPHYLONYCHOSE

Elle existe chez les enfants et les adultes et elle a presque toujours la même cause. Le sujet se mord les angles des ongles et les inocule de sa salive.

Il s'ensuit un minuscule abcès, staphylococcique, sous l'angle de l'ongle, douloureux pendant quelques jours et contenant une gouttelette de pus, laquelle sèche bien avant que la pousse de l'ongle n'amène cet abcès à être visible. Il se présente alors comme une petite mass

nveloppes cornées concentriques, qu'une aiguille à dissociation pare en lamelles emboîtées. L'examen microscopique montre la lection staphylococcique au centre.

Or, il arrive que les ongles s'infectent chroniquement ou que la me cause renouvelle leur infection et que de petits abcès assez peu uloureux se produisent ainsi sous le bord libre de l'ongle. Au moent où ils se produisent, une pression forte en fait sourdre une uttelette de liquide presque imperceptible. Plus tard la lésion est he et semble seulement hyperkératosique.

Supprimer la cause, en général, supprime l'effet. Le nettoyage des ès cornés à l'aiguille à dissociation et les pansements nocturnes à u d'Alibour en ont ordinairement raison dans un laps de temps de elques mois.

ONYCHOSE STREPTOCOCCIQUE — STREPTONYCHOSE

'est bien plus une périonychose qu'une onychose vraie et l'ongle st pris que secondairement.

es choses débutent comme nous l'avons dit page 424, mais fection sous-unguéale se produit et l'ongle est soulevé par une ce nappe de pus. Il s'agit d'un processus aigu ou subaigu. Sout ensuite et lorsque le processus inflammatoire est terminé, l'ongle écolle et est éversé latéralement. Il tombe et est remplacé.

raitement, p. 425.

RÉGION MALLÉOLAIRE

A la région malléolaire un seul type morbide acquiert une certaine personnalité, c'est le **prurigo** *en placards, qui est généralement symétrique et accompagne ou non un prurigo ou un eczéma en placards d'autres sièges.*	**Eczéma et prurigo**. p. 442

On observe aux malléoles, il est vrai, une localisation élective de l'érythème polymorphe, avec ses taches orbiculaires en cocarde disséminées, mais il suffit de mentionner cette localisation puisque nous en avons étudié ailleurs les caractères objectifs et les mœurs (p. 369).

Le purpura, quand il est localisé, est localisé aux jambes et il n'atteint les malléoles qu'en se généralisant. Il n'y a donc pas lieu d'en faire ici un chapitre à part (p. 337).

J'en dirai autant des dermites cachectiques particulièrement de la dermite diabétique, de couleur bronzée dont la localisation élective est à la jambe et n'empiète sur les chevilles que par hasard (p. 337).

ECZÉMA ET PRURIGO MALLÉOLAIRE

A la région malléolaire externe et interne, l'eczéma chronique, les prurigos et le prurigo de Hébra, peuvent se caractériser par des lésions objectivement très spéciales. Dans l'ensemble, elles font un placard oblong, à grand axe vertical, mais non délimité en général, autrement que par une pigmentation grise marquée. Sur sa surface sont des lésions papulo-vésiculeuses, plus ou moins saillantes, plus ou moins visiblement vésiculeuses ou sèches, rouges, excoriées par grattage.

Quand il s'agit de prurigo vrai, ces lésions sont papuleuses obtuses, à peine érodées, non vésiculeuses, non suintantes. Quand il s'agit d'eczéma, ces lésions sont vésiculeuses, cohérentes ou confluentes; le grattage a constitué avec elles un placard un peu infiltré, un peu surélevé, rouge, très prurigineux, un peu suintant après les crises de prurit.

a forme objective de ces lésions, à mon avis, importe peu, tant la ique les montre de siège et de mœurs identiques.
Elles sont rebelles au traitement et quelquefois intolérantes. En éral, les agents réducteurs violents : chrysarobine au 1/40, acide ogallique au 1/20, nitrate d'argent au 1/10, sont les plus actifs. s l'intervalle des applications : pâtes couvrantes ou emplâtres. Les plâtres au diachylon, salicylés, pyrogallique (au 1/10) peuvent être ployés comme occlusifs et comme réducteurs. Les emplâtres et les les de zinc, comme moyen de soustraire ces lésions au contact de r, ce qui soulage le prurit (Jacquet).

DOS DU PIED

*Je ne dirai qu'un mot de l'***érythème pernio** (**a frigore**) *et des* **engel**
de la **dyshidrose**, *de l'***eczéma à grosses vésicules**, *ou en* **placards num**
laires *et des* **dermites traumatiques** *de cette région.*

En effet, tous ces états morbides ont été étudiés dans leur loca
tion à la main, où on les observe plus souvent et plus typiques.

Et je ne parlerai spécialement que de la tuberculose papillomateuse qui peut, en ces régions, atteindre à un développement inaccoutumé	**Tuberculose papillomateuse** . . . . . p.
Et du lupus qui s'y complique souvent de tuberculose des tissus sous-tégumentaires et s'y montre souvent mutilant, ou peut encore y provoquer des complications qui sont plus rares en d'autres sièges. . .	**Lupus**. . . . . . p.

ÉRYTHÈME PERNIO — ENGELURES

Au pied, l'érythème pernio (*a frigore*) sous sa forme diffuse o
calisée (engelures), répète trop identiquement le tableau que
en avons fait aux mains, pour que nous le présentions ici (p. 57

DYSHIDROSE

La dyshidrose, cette éruption rapide de vésicules toutes è
« entre cuir et chair », ressemblant par transparence à des g
de tapioca, est beaucoup plus fréquente et plus floride aux m
qu'aux pieds. Jamais une éruption de dyshidrose ne se voit aux
sans s'être produite aux mains d'abord, ou en même temps. Dan
conditions on se reportera pour son étude à la p. 386.

ECZÉMA A GROSSES VÉSICULES — ECZÉMA EN PLACARDS NUMMULAI

L'eczéma à grosses vésicules éparses, discrètes, existe beau
moins aux pieds qu'aux mains (p. 385).

L'eczéma en placards nummulaires y est aussi fréquent, il se traduit des lésions régulièrement ou irrégulièrement rondes, et alors de position pétaloïde, florale. Ce sont des placards bordés d'un liséré ge, et couverts de vésicules assez grosses, égales, très prurigineuses vite détruites par grattage. Ces vésicules, détruites, ne se reprodui- t point et sont remplacées par une sorte de papulation rouge, use, qui reste longtemps très prurigineuse. (Voir traitement, p. 586.)

DERMITES TRAUMATIQUES

Les dermites traumatiques sont bien moins fréquentes aux pieds aux mains (p. 584). Au membre inférieur, les dermites artificielles t leur source dans les lésions ulcéreuses ou traumatiques de la jambe leurs traitements inconsidérés (p. 542). La dermite commence alors la jambe et laisse le plus souvent le pied intact.

ECZÉMA DES QUATRE EXTRÉMITÉS

Mais ce qu'on voit souvent après une dermite artificielle des mains les avant-bras, c'est la production d'une dermite eczématique sem- ble aux extrémités inférieures (acrodermatite).

e mécanisme de cette transmission est obscur. Mais on voit sou- t cette acrodermatite précéder un eczéma généralisé. La propaga- aux jambes n'est alors qu'un chapitre de la généralisation de la natose (voir le traitement, p. 584).

TUBERCULOSE PAPILLOMATEUSE

C'est au dos du pied une tumeur fongueuse, faite d'un amas très se de fongosités de petit volume, en choux-fleurs. Cette tumeur, qui ble résulter toujours d'une inoculation externe locale, peut pren plus ou moins de développement, suivant le cas. Elle s'accompagne ssez peu de symptômes douloureux, ne rétrocède jamais, progresse tement.

C'est, au contraire du lupus et des tuberculoses profondes, une ion tuberculeuse des plus curables, par l'exérèse chirurgicale, le lage à la curette tranchante, jusqu'à dépasser légèrement, sous la neur, le niveau de la peau voisine : pansement humide aseptique

simple. Guérison rapide et souvent complète. Si, sur un point de la cicatrice, la lésion reparait, recommencer de suite et au besoin compléter l'exérèse au galvano-cautère.

La guérison définitive et sans récidive doit être obtenue. La cicatrice sera utilement protégée par une feuille de cuir mou doublant la chaussure en ce point.



Fig. 171. — Tuberculose végétante. (Malade de Hillairet. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 68.)

LUPUS — TUBERCULOSES PROFONDES — COMPLICATIONS

Le lupus du pied n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire. Il débute ordinairement par la face dorsale et au niveau de la racine des orteils. Il a d'abord les caractères normaux du lupus intra-cutané et non ulcéré (p. 21), mais le plus souvent le tissu sous-cutané se prend et se remplit de fongosités. Les surfaces s'ulcèrent. Le lupus devient ainsi très mutilant, et peut entrainer la perte d'un ou de plusieurs orteils. Des tuberculoses osseuses peuvent continuer l'œuvre commencée et conduire à l'amputation de l'extrémité.

Enfin dans la classe pauvre, ces lésions, toujours mal soignées au début, s'infectent secondairement. Il se produit alors des érysipèles locaux à répétition, et, à leur suite un éléphantiasis progressif du membre inférieur, avec tous les troubles d'hypertrophie épidermique papillomateuse et de pachydermie qui l'accompagnent (p. 544). Bi

r que ces poussées fébriles et érythémateuses locales, n'appar-
ent pas à la maladie initiale et lui sont superposées.
traitement du lupus du pied ne diffère point de celui du lupus
res sièges (p. 25), et celui des tuberculoses sous-cutanées ou



2. — Lupus ulcéreux des orteils, érysipèle à répétition consécutif, éléphantiasis consécutif à
ipèle. Troubles pseudo-ichtyosiques de kératinisation, post-éléphantiasiques. (Malade de Vidal.
e de l'hôpital Saint-Louis, n° 674.)

ises de celui des mêmes types cliniques, en quelque région qu'on
encontre. Ces dernières relèvent du chirurgien.
ant aux complications érysipélateuses, elles doivent être traitées
ne un érysipèle par les pansements humides. Veiller à l'antisep-
cale ultérieure, pour en prévenir les récidives qui sont de règle
nduisent à l'éléphantiasis.

PIED (FACE PLANTAIRE)

Ce chapitre, comme tous ceux qui concernent le pied, sera réduit, parce que beaucoup des affections dont il traite sont anal ou identiques aux mêmes affections de la région palmaire, ét plus haut (p. 596).

J'envisagerai d'abord les difformités fonctionnelles de la peau, comme la sueur fétide des pieds.	**Éphidrose** . . . . .
... et les difformités tégumentaires anatomiques telles que la **kératodermie symétrique**.	**Kératodermie**. . .
J'étudierai ensuite les affections parasitaires, les **bulles d'infections streptococciques** *contemporaines d'un impétigo ou d'un ecthyma*.	**Bulles streptococciques**. . . . .
... et les **trichophyties** *plantaires hyperkératosiques et exfoliantes d'un diagnostic difficile*	**Trichophytie**. . .
Les **kératodermies** *accidentelles nous occuperont ensuite avec les cors plantaires, durillons, oignons, calus*	**Cors. Oignons. Calus.**
*... et l'***eczéma hyperkératosique** *plantaire souvent contemporain d'un eczéma semblable des mains*	**Eczéma hyperkératosique** . . .
*... et l'***eczéma en placards** *de la voûte plantaire souvent trichophytoïde et syphiloïde d'aspect*	**Eczéma de la voûte plantaire**. . . .
... et le **psoriasis** *plantaire identique au psoriasis palmaire*	**Psoriasis**. . . . .
La **syphilis** *viendra ensuite avec ses lésions secondaires, mais surtout avec les lésions serpigineuses tertiaires d'un diagnostic souvent très ambigu*.	**Syphilis. Syphilide tertiaire serpigineuse** . . . . .
Après elle j'étudierai les ulcères chroniques, trophiques, sous-plantaires, dénommés **maux perforants**.	**Mal perforant** . . .
Je terminerai par quelques mots sur cette Actinomycose exotique spéciale qu'on désigne sous le nom de **Madura-foot**. . . .	**Pied de Madura**. .

ÉPHIDROSE

ɛ́phidrose ou hyperhidrose est une affection très commune et ɔle qui consiste essentiellement dans l'hypersécrétion sudorale.

tte hyperhidrose existe aux mains avec beaucoup moins d'incon- ɛnts; mais, aux pieds, enfermés dans des chaussures demi-imper- ɔles, avec les orteils serrés, le liquide excrété qui baigne l'épi- ıe macéré, surtout dans les plis, devient un bouillon de culture, ɔdeur exhalée est insupportable de fétidité.

tte infirmité ne peut disparaître, mais on peut en faire disparaître ɾincipaux inconvénients. L'hygiène locale doit être sévère, et les s de pied quotidiens sont une nécessité.

, d'autre part, on badigeonne toute la surface plantaire du pied, s espaces sous-digitaux et interdigitaux, avec une solution d'acide mique à 1, 2 ou 3 pour 100, *on fait disparaître l'odeur d'une ı à peu près totale.* Les doses d'acide chromique trop faibles ne ent pas le même résultat. Les doses plus fortes peuvent causer ɔs du pied un érythème traumatique.

HYPERKÉRATOSE SYMÉTRIQUE DES EXTRÉMITÉS

i décrit cette malformation congénitale et familiale en traitant



FIG. 173. — Kératodermie symétrique des extrémités. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1833.)

des affections de la paume des mains (p. 398) : la figure ci-contre me dispense d'insister longuement sur les caractères objectifs qu'elle présente au pied. On se rend compte des troubles : douleur, impotence fonctionnelle, infection facile, sudation, macération, fétidité, que des lésions semblables ne peuvent manquer de présenter.

Ces lésions obligent à une hygiène locale particulière : pansements humides, ponçage, décapage, lotions larges d'acide chromique à 2 pour 100, etc.

BULLES D'INFECTION ÉPIDERMIQUE (STREPTOCOCCIQUE)

Il s'agit de bulles grosses comme une phalange de doigt, une ou plusieurs, remplies d'un sérum clair ou un peu louche, un peu douloureuses à la marche ou à la pression, survenant d'ordinaire au cours d'un impétigo ou d'un ecthyma du corps (p. 417). Ne pas les confondre avec les simples ampoules qui peuvent être dues aux traumatismes des longues marches.



Fig. 174. — Trichophytie plantaire. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1657.)

TRICHOPHYTIE

La trichophytie plantaire n'est pas fréquente. Néanmoins Djellaleddin Mouktar a montré que plusieurs lésions réputées eczématiques avant lui, étaient trichophytiques en réalité.

Elles ont presque toujours la même physionomie. Ce sont des lésions circulaires distinctes ou fusionnées, très proches, sous le talon, ou sous l'avant-pied. Ces lésions sont exfoliées en leur centre, limitées par une épaisse collerette d'épiderme corné soulevé, dont les squames profondes,

:hes. micacées, déhiscentes, montrent le parasite mycélien en antité à l'examen microscopique.

Sous la collerette circonférentielle d'épiderme corné soulevé, se forint des vésicules profondes, qui sèchent bien avant d'arriver à fleur peau. Quand elles s'exfolient, elles ne sont plus que des *vésicules :hes,* des vides virtuels entre des squames hyperkératosiques feuilées.

Traitement : décapage, ponçage et badigeons iodés répétés avec

Teinture d'iode.	30 grammes.
Alcool à 60°	70 —

CORS — DURILLONS — OIGNONS — CALUS

Les cors, au pied, n'existent qu'à la face plantaire, sous l'avant-d, ils existent sous la forme de larges durillons plats, quelquefois tis d'une fissure demi-circonférentielle très douloureuse.

Aucun traitement n'est à préconiser, autre que l'extirpation au touri bien tranchant, après ramollissement par un bain très pro-igé. La décortication doit être menée aussi loin que possible. Quand est arrivé au niveau de l'épiderme, crayonner la surface abrasée :c un crayon, mouillé, de nitrate d'argent, et, si la fissure est plus ofonde, après l'abrasion de ses bords, y appliquer une couche de ume du Commandeur au pinceau.

Les oignons sont des difformités osseuses de rhumatisme chronique ne comportent aucun traitement local. Le frottement des souliers ıt créer autour d'eux des bourses séreuses artificielles qui peuvent :senter de l'hygroma. Le traitement de cette complication est chirgical.

ECZÉMA HYPERKÉRATOSIQUE ET FISSURAIRE

L'eczéma chronique du pied prend souvent la forme hyperkératoque et fissuraire qu'indique très parfaitement la figure ci-contre, rtout à l'avant-pied, aux orteils et au talon.

Ces squames épaisses, dures, cornées, douloureuses à la pression, rce qu'elles recouvrent une peau enflammée, sont séparées et parées par des fissures innombrables, plus douloureuses encore parce 'elles peuvent pénétrer profondément dans le tégument enflammé.

Cet eczéma est des plus tenaces et des plus difficiles à traiter. Commencer, comme toujours dans les maladies hyperkératosiques, par le décapage et le ponçage : les pansements humides à l'eau bouillie salicylée au 1/10, aident beaucoup au travail du ponçage qui suivra.



Fig. 175. — Eczéma chronique de la plante du pied. (D'après une planche de Duhring.)

Lorsque les lésions sont ramenées à fleur de peau, traiter comme les eczémas chroniques de tous sièges (p. 385).

Les pansements avec les glycérés d'amidon additionnés d'huile de cade saponifiée, 1 à 10 pour 30, donnent souvent des résultats excellents quand ils sont bien tolérés.

ECZÉMA DE LA VOUTE PLANTAIRE

Il existe dans les régions, que ce titre indique, un eczéma à lésions circinées, très analogue à l'eczéma nummulaire du dos des mains (p. 385).

Sous des débris hyperkératosiques plus ou moins saillants, et dont l'ablation est douloureuse, on trouve une lésion circinée, ou polycircinée, ou bordée par des segments de cercle rouge, vésiculeux par places. Cette lésion, qui n'est pas sans ressembler à des lésions trichophytiques et surtout à la syphilis serpigineuse tertiaire du même siège, est très douloureuse, prurigineuse, peu suintante. Elle s'accompagne très souvent de placards eczématiques secs, papulo-vésiculeux, de la face interne de la malléole, et ce détail assure le diagnostic. Cet eczéma malléolaire sec, papulo-vésiculeux, est objectivement une forme intermédiaire entre l'eczéma et les prurigos.

Traitement : décaper et poncer toutes les lésions hyperkératosiques ; pour cela le pansement humide sous une feuille de caoutchouc est généralement excellent. Les lésions, une fois bien mises à nu, sont

aitées avec des pommades ichtyolées, résorcinées ou cadiques, loucies par 1/3 d'oxyde de zinc, ainsi :

Huile de cade		5 grammes.
Lanoline		10 —
Oxyde de zinc		5
Vaseline		15
Ichtyol	ãã	2 —
Huile de bouleau		

La guérison complète est quelquefois lente à obtenir. Traiter l'état néral, après étude du patient. Savoir que les récidives sont fréentes. Après quelques mois, la guérison totale est en général tenue.

PSORIASIS DU PIED

Le psoriasis n'est jamais localisé aux pieds exclusivement. Il sera ité aux pieds comme ailleurs; à la plante du pied, après décapage ponçage très minutieux. Pour plus de détails, et pour le psoriasis guéal, voir p. 405, p. 427 et 436.

SYPHILIS TERTIAIRE SERPIGINEUSE DE LA VOUTE PLANTAIRE

La syphilis secondaire se traduit aux pieds comme aux mains, je e donc le lecteur de se reporter à ce que j'en ai écrit, p. 402.

La syphilis tertiaire serpigineuse semble présenter quelque élection ır la voûte plantaire et la face interne du pied. L'aspect qu'elle end alors est très comparable à celui que donne la figure 115 279), qui représente une syphilis serpigineuse du cou.

C'est un liséré rouge, polycyclique ou cyclique, moins large qu'un gt. couvert de squames striées, adhérentes; toute la lésion inscrite ıs ce liséré étant rouge, infiltrée, desquamante ou hyperkératosique, Ces lésions sont quelquefois sensibles à la marche et même prurigiuses, comme toutes les lésions hyperkératosiques. Elles ressemblent ucoup à l'eczéma hyperkératosique du même siège, mais celui-ci ange davantage, son liséré est moins net; il s'accompagne de ions prurigineuses en placards irréguliers d'autres sièges, aux malles particulièrement et souvent des deux côtés.

Rechercher attentivement, dans le doute, tous les commémoratifs ne syphilis, même très ancienne. Traitement, comme pour la syphilis maire (p. 405). (Traitement de la syphilis en général, p. 726).

MAL PERFORANT

On désigne ainsi des ulcères spontanés ou traumatiques, d'évolutio chronique, consécutifs à des névrites périphériques, ou à des troubl nerveux locaux d'origine centrale : ataxie, lèpre nerveuse, syring myélie, paraplégies diverses; myélites (fig. 176).

Ils se produisent aux points de plus dur frottement, ordinaireme



Fig. 176. — Mal perforant chez un tabétique. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noir

sous l'avant-pied, un ou plusieurs. Au début, on les prend souven le malade, du moins, — pour des durillons forcés. Leur début, reste, est souvent traumatique : piqûre de clou, écharde, blessure éclat de verre, etc., mais la plaie faite ne guérit pas. L'ulcère stade d'état, est rond ou ovale, plus ou moins creux; son fond, b geonnant, est recouvert de fongosités atones; ses bords sont hyp

et surélevés. L'anesthésie complète est la règle; la fétidité ion est très marquée.

ment local doit être fort circonspect, les plus actifs n'abouiéralement, qu'à augmenter la profondeur ou la surface de t.

nt à la poudre ou à la pommade de sous-carbonate de fer,

dre de sous-carbonate de fer	1 gramme.
eline.	40 grammes.

oforme pur.

recouvrir l'ulcère ainsi pansé d'une rondelle d'emplâtre qui ferme le pansement.

ment doit être refait quotidiennement. Traiter la maladie

PIED DE MADURA

ladie comme toutes les maladies exotiques sera traitée ici nent.

actinomycose du pied, d'origine externe probable, assez chez les naturels des îles de la Sonde et même chez les qui y séjournent. Cette actinomycose est due à un *Streptohe* parent de l'*Actinomyces Bovis* (p. 277), mais distinct de adie est caractérisée par l'englobement du pied et le dévesurtout à sa face plantaire, d'une tumeur de consistance aite de nodosités distinctes, juxtaposées dans un œdème odosités évoluent vers l'ulcération spontanée comme celles nycose. C'est une maladie de marche chronique progressive tement est tout entier chirurgical. Avant de le conseiller, tion de l'iodure de potassium à fortes doses.

ORTEILS

Ce chapitre sera amoindri de tout ce que j'ai écrit concernant la pathologie dermatologique des doigts qui ressemble naturellement beaucoup à celle des orteils.

PLAQUES MUQUEUSES CUTANÉES INTERTRIGINEUSES

Au moment de l'éruption syphilitique secondaire des papules et des plaques muqueuses, surtout quand la syphilis est un peu sévère, se produisent entre les orteils et au-dessous d'eux des syphilides exulcéreuses très analogues aux plaques muqueuses cutanées des régions intertrigineuses (voir p. 490 et 508).

Ces lésions ressemblent chacune aux *ampoules crevées* que crée

a face palmaire des mains, un travail manuel excessif chez des gens i n'en ont pas l'habitude.

Ce sont des lésions qui semblent d'abord phlycténulaires, mais qui nt vite exulcéreuses. Elles siègent dans tous les plis sous-digitaux terdigitaux, elles peuvent être distinctes, larges chacune de 5 millimètres ou confluentes, presque toujours en feuillet de livre. Elles halent une odeur infecte.

Le médecin qui n'est pas familiarisé avec les lésions de la syphilis ensera à l'intertrigo simple ou à l'impétigo, à l'ecthyma, à l'eczéma non à la vérole.

Dans un cas douteux il faut y penser toujours, car il suffit d'y enser pour éviter toute erreur, cette éruption n'existant jamais seule les commémoratifs d'une syphilis récente étant faciles à retrouver cette période. Traitement local de propreté très minutieuse. Ensuite utérisation au nitrate d'argent. Traitement général de la syphilis econdaire (p. 726).

INTERTRIGO — FISSURES

L'intertrigo des orteils est ordinairement la conséquence de l'éphidrose (p. 449). Les plis interdigitaux sont humides, surtout entre le et le 5e orteil. Chez les éphidrosiques vrais, les plis sous-digitaux -mêmes sont intertrigineux. Il y a démangeaison, cuisson : le grattage enlève des débris épithéliaux macérés, l'aspect de l'épiderme d'un blanc nacré, brillant, humide, souvent coupé de fissures. Le traitement de l'éphidrose plantaire, par les badigeonnages quotidiens à la solution aqueuse à 2 pour 100 d'acide chromique ne devra jamais être négligé, mais j'ai eu de meilleurs résultats de frictions ales avec les solutions de permanganate de potasse au 1/100, en servant, au besoin, les fissures par une couche de baume du ommandeur. Après les pansements, séparer les doigts par un flocon uate bien poudré d'oxyde de zinc ou de tannoforme.

CORS — DURILLONS — ŒILS DE PERDRIX

Tout le monde connait ce que ces noms désignent. Les cors sont calus plats, des kératodermies locales, les œils de perdrix ont un tre saillant qui s'enfonce dans l'épiderme sous-jacent et s'aper-

çoit par transparence, au milieu du kératome, qu'il centre co ombilic. Le traitement en est uniforme : Préférer toujours l' au bistouri bien affilé, après un bain local un peu long. Po de perdrix, après l'abrasion au bistouri, extirper le petit cô tral à la curette annulaire fine.

Ces petites opérations une fois faites, ne jamais négliger d'ap à la place des kératomes disparus, une bonne couche de nitr gent au crayon. J'ai toujours observé que les kératomes ainsi tardaient bien davantage à se reproduire.

Aux personnes qui présentent des cors, durillons et œils de en grand nombre, donner toujours le conseil de porter alternati des chaussures de marque différente.

VERRUES — PAPILLOMES

J'ai observé deux fois une lésion peu saillante de surface p mateuse, couvr petit orteil et l trième et qui n blait pas être u berculose papil teuse (voir p. mais une verr nappe, à déve ment progressi rapide. Après traitements i j'ai conseillé l' chirurgicale c qui a réussi.



Fig. 177. — Lupus ulcéreux. — Éléphantiasis consécutif à des poussées d'érysipèle successives. (Malade de Vidal. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 674.)

ENGELURES — ANGIOKÉRATOME

Les engelures existent aux orteils comme aux doigts (p. 41 je ne répéterai pas ici ce que j'en ai dit ailleurs. L'angiok de Mibelli (p. 412) peut exister aussi aux orteils. Il y com même traitement qu'aux doigts.

LUPUS DES ORTEILS

se confond avec celui du pied que j'ai étudié p. 446 (voir fig. 177).

RÉTRACTION DES ORTEILS EN GRIFFE

te difformité existe, congénitale, chez beaucoup de sujets dont les s en marteau chevauchent les uns sur les autres. Mais cela se it au cours de plusieurs maladies cachectisantes, principalement



. — Onychogriphose. — Pied tabétique, atteint de mal perforant. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

les maladies nerveuses graves : syringomyélie, lèpre nerveuse, locomotrice, sclérose en plaques, atrophie musculaire progres- dans le cas que représente cette figure, il existait un *tabes*.

lésions favorisent les déformations unguéales et l'onychogriphose 2).

raitement est purement orthopédique et le plus souvent con- ans le port de chaussures spéciales.

GANGRÈNES DES ORTEILS

Les gangrènes des extrémités sont les moins rares. Elles encore pas fréquentes. On les a vues dans l'ergotisme chroni cours des maladies infectieuses, à la suite de thromboses ar septiques, dans l'athérome par endartérite oblitérante, dans le enfin la gangrène par congélation s'est observée assez fréqu en temps de guerre chez le soldat. Je n'insiste pas sur la t tique de ces cas qui regarde plus le chirurgien que le dermat

Le traitement local est la section de l'ongle après ramollissement



FIG. 179. — Onychogriphose. (Malade de Dubreuilh.)

et pansement humide. Dans les cas purement traumatiques on peut être amené à enlever l ongle simplement.

GLAND ET PRÉPUCE

a région du gland comporte à consi-er d'abord, deux malformations impor-tes. L'étroitesse du méat qui prédispose infections uréthrales	**Étroitesse du méat. p. 464.**
. et la brièveté du frein qui crée des hirures, pendant le coït, et qui se trouve si la cause de bien des inoculations de ncres mous et indurés	**Brièveté du frein. . p. 465.**
'étudierai ensuite les phimosis. Et il en de diverses sortes. Tantôt l'étroitesse prépuce est congénitale.	**Phimosis congénital. p. 465.**
. tantôt, même chez l'enfant, elle est identelle, momentanée et de cause in-nmatoire.	**Phimosis inflammatoire . . . . . p. 465.**
hez l'adolescent deux phimosis existent tout : l'un inflammatoire, œdémateux, rme, consécutif à la blennorragie. . .	**Phimosis blennorragique . . . . . . p. 466.**
. l'autre froid, avec un prépuce de sistance ligneuse, scléreuse, plein de selures et qui appartient à la syphilis ondaire.	**Phimosis syphilitique . . . . . . p. 466.**
'outes les balanites peuvent donner lieu in phimosis passager consécutif. Ainsi rès l'herpès, le cas est possible.	**Phimosis de la balanite herpétique. . p. 467.**
.. plus souvent encore après la balanite lammatoire simple, traumatique. . . .	**Phimosis de la balanite simple. . . . p. 467.**
.e phimosis de la balanite diabétique est me assez particulier d'aspect, et recon-ssable, comme la balanite qu'il accom-ne.	**Phimosis de la balanite diabétique. . p. 467.**
:nfin le phimosis peut compliquer les étations et la balano-posthite qu'elles dé-minent	**Phimosis des végétations. . . . . . . p. 467.**
'ette série morbide terminée, j'expli-rai le paraphimosis, son mécanisme et traitement.	**Paraphimosis. . . . p. 468.**

Puis je dirai un mot de chaque balanite : d'abord des balanites primitives : balanite traumatique, hydrargyrique, iodopotassique, pustulo-ulcéreuse, érosive circinée, etc	**Balanites primitives.**
Les balanites symptomatiques seront étudiées avec leur cause.	
J'envisagerai ensuite les lésions galeuses du gland.	**Gale. . . . . . .**
... ensuite les végétations post-blennorragiques.	**Végétations. . . .**
... les lésions syphilitiques du gland et du prépuce : chancre induré, papules secondaires, gommes vulgaires et chancriformes.	**Syphilis . . . . .**
Le chancre mou ou chancrelle nous obligera ensuite à une description bien différentielle.	**Chancre mou. . .**
J'en dirai autant de l'herpès, origine de tant d'erreurs de diagnostic préjudiciables au malade.	**Herpès. . . . .**
Je décrirai encore les diabétides, lésions ulcéreuses ou exulcérées importantes, souvent méconnues et dont le rôle diagnostique est considérable	**Diabétides . . . .**
Je terminerai en disant deux mots du lichen plan local, et aussi de la tuberculose et de l'épithélioma qui sont deux raretés.	**Lichen plan . . .** **Tuberculose . . .** **Épithélioma . . .**

ÉTROITESSE DU MÉAT

L'étroitesse congénitale du méat est une imperfection co qui entraîne presque toujours un état microbien chronique d naviculaire, son augmentation de dimension et une légère i chronique de sa surface, prédisposant aux contagions. Il est ment facile d'agrandir le méat d'un léger coup de ciseaux. rendre un service certain au patient. La blennorragi fréquemment derrière elle une irritation persistante de naviculaire, quand le méat est trop étroit. On peut aussi voir tations s'y implanter, etc.

BRIÈVETÉ DU FREIN

a brièveté du frein est un vice de structure encore plus grave. que coït fera, au frein trop court, des érosions transversales, et le et n'échappera à aucune des infections qu'il pourra risquer. En minant beaucoup d'adultes, à ce sujet, on trouve très souvent le n rompu et les deux extrémités de cette rupture signalées par deux ites masses cutanées, distantes de plus d'un centimètre. Que de hirures successives cet éloignement représente. Dans la clinique otidienne, combien de chancres mous, de chancres indurés, de gétations ont ce siège. Je crois que la section du frein aux ciseaux, nd il est trop court, devrait être pratiquée chez tous les enfants dès premier âge. Penser toutefois, avant de le sectionner, qu'il contient lquefois une petite artère et avoir de quoi faire un pincement ou point de suture après la section si besoin était.

LES PHIMOSIS

n désigne sous le nom de phimosis l'état qui résulte de l'impossi-ité de mettre le gland à découvert, à cause de l'étroitesse acquise, congénitale du prépuce. Les phimosis forment un très important pitre de clinique.

hez l'enfant le phimosis est congénital ou accidentel. Congénital, qui est assez fréquent, il peut être plus ou moins serré : dans le emier cas il oblige à la circoncision ou à un débridement; dans les s les moins marqués, on fait une dilatation forcée, avec une large ce hémostatique, dont on écarte les mors, introduits dans le prépuce. phimosis congénital s'accompagne quelquefois de l'adhérence du épuce au gland par de véritables synéchies qu'il faut rompre. L'en-nt peut présenter aussi un phimosis inflammatoire, avec œdème et uleur locale. Ce fait est rare et dépend d'une balano-posthite sous-nte due elle-même à l'accumulation du smegma, ou à un savon-e brutal, quelquefois, dit-on, à des pratiques de masturbation. s ces cas, laver 5 à 6 fois par jour avec de l'eau boriquée tiède etée entre le gland et le prépuce avec une poire à lavements. En x ou trois jours, on peut découvrir le gland et on soignera la no-posthite suivant sa cause (p. 468).

Chez l'adolescent et l'adulte, le phimosis peut être dû à des causes très différentes : les plus fréquentes et ordinaires sont la blennorragie et la syphilis. Leurs caractéristiques sont très différentes.

PHIMOSIS BLENNORRAGIQUE

Le sujet présente un membre énorme, en battant de cloche, rouge à son extrémité, très gonflé, très douloureux. On relève le prépuce, du pus s'en écoule. De deux choses l'une, ou bien on peut découvrir le méat, et on voit que le pus en sort : blennorragie. Ou bien on ne peut pas le découvrir, on fait une préparation microscopique extemporanée[1], il y a du gonocoque : blennorragie. Il n'y a pas de gonocoques, balano-posthite (p. 468). S'il s'agit d'une blennorragie, traiter par les boissons délayantes, les lavages locaux, les pansements humides locaux, pendant quelques jours; dès que l'inflammation sera tombée, traiter par de grands lavages en commençant par des solutions de permanganate au 10000 dont on ramènera peu à peu la dose au 5000. Voir pour techniques et détails, les traités de vénéréologie. S'il y a balano-posthite, traiter par les injections sous-préputiales comme il a été dit chez l'enfant.

PHIMOSIS SYPHILITIQUE

Le *phimosis syphilitique* secondaire est tout autre. Le membre est beaucoup moins gros, indolore; le prépuce, augmenté de volume et quelquefois d'une forme visiblement irrégulière, est d'un rouge violacé. A la palpation il est d'une de dureté de caoutchouc.

On essaie de découvrir le gland, c'est impossible; le prépuce fait un anneau scléreux infranchissable. La palpation révèle autour du gland une série de bosselures qui sont l'induration très grosse du ou des chancres initiaux et de papules secondaires. La palpation inguinale fait trouver le ganglion satellite, la pléiade. L'examen du corps montre la roséole ou une éruption papuleuse secondaire, etc. Rien que le prépuce *de bois* avec son indolence, ses lymphangites ou ses phlébites

[1] Prendre une trace de pus, l'étaler sur une lame, sécher, fixer en passant deux fois très vite dans la flamme, colorer trois minutes au bleu polychrome d'Unna, laver à l'eau jusqu'à ce que l'eau ne soit plus bleutée, sécher, y déposer une goutte d'huile de cèdre et examiner à l'immersion.

ourreau, dures et indolentes, font faire le diagnostic à un médecin cé. Aucune affection locale n'est comparable. Chose étrange, ce uce qui semble impossible à dilater jamais, retrouve sa souplesse que totale en 3 à 5 mois de traitement bien pratiqué (p. 726).

PHIMOSIS DES BALANITES

outes balanites (p. 468) peuvent donner lieu à un phimosis secon- e. On peut observer un phimosis inflammatoire, après la balanite *pétique* (p. 477). Dans ce cas, l'ouverture préputiale ne laisse pas apper du pus, mais un suintement léger, strié de sang, ou rous- e. Ce phimosis n'est pas absolu. Le gland pourrait être découvert, is l'opération serait douloureuse, et le malade en a peur. Le dia- stic ne peut être qu'hypothétique. Traiter par les lavages à l'eau ude boriquée, ou sulfatée au 1/200 (sulfate de zinc) projetée sous répuce à l'aide d'une poire à lavement.

ans la *balanite vulgaire*, le phimosis indique un haut degré d'état ammatoire; même traitement et pansements humides, chauds, rnes.

e *phimosis de la balanite diabétique* est à connaître. On l'observe z l'homme déjà mûr, obèse; le prépuce assez dur et peu gonflé sente souvent des fissures radiées douloureuses. Les efforts de amen font sortir, par l'orifice préputial, un liquide gommeux, i-purulent, en petite quantité. La palpation révèle une couronne points douloureux au niveau du sillon balano-préputial où se trou- t les ulcérations diabétiques. L'examen de l'urine révèle le sucre. aitement, *diabétides*, p. 478.)

n *phimosis* peut accompagner *les végétations* (p. 471), soit parce les végétations ont augmenté le volume du gland, assez pour que ifice préputial se trouve insuffisant, soit parce que les végétations causé une balano-posthite aiguë et un phimosis inflammatoire. On nême vu une inflammation sphacélique survenir et donner passage gland lui-même. Dans ce cas, compléter la circoncision peut être parti le plus simple; dans le premier cas, traitement du phimosis lammatoire pour pouvoir pratiquer ensuite celui des végétations 472).

nfin des obstacles accidentels : un épithélioma, une gomme chan- orme de la région peuvent causer un phimosis. Je ne puis insister ces cas exceptionnels.

PARAPHIMOSIS

Lorsque le prépuce est serré et qu'il existe un léger degré de phimosis, si le sujet découvre le gland, et rétracte le fourreau de la verge, il peut ne plus pouvoir recouvrir le gland. Le phimosis est devenu un paraphimosis. Peu à peu la stricture qu'il produit gonfle le gland, qui s'oppose de plus en plus au retour du prépuce à sa place normale. Le prépuce d'autre part a sa circulation gênée par sa stricture sur la verge. Il s'œdématie quelquefois énormément.

Cet état paraît au premier aspect beaucoup plus sérieux qu'il n'est. Si on le laisse à lui-même, il peut provoquer évidemment du sphacèle, etc... : mais le malade vient consulter ordinairement le plus vite qu'il peut.

Traitement : vaseliner avec soin, le gland, le prépuce et toute la région, envelopper le tout d'une compresse, puis prendre la verge à pleine main, d'abord doucement, puis serrer lentement, de plus en plus fort pendant 2 ou 3 minutes. On déplace ainsi le plus possible de l'œdème. Aussitôt, on ramène en avant tout le fourreau de la verge; avec quelque effort et douleur, le prépuce reprend sa place si la pression préalable a été assez prolongée.

BALANITES PRIMITIVES

Les balanites ou balano-posthites, inflammation du gland, du sillon balano-préputial et du prépuce, sont fort nombreuses; et les cas en sont assez banals. On les distingue en deux groupes : balanites primitives et secondaires.

BALANITE TRAUMATIQUE

Elle consiste en une suppuration plus ou moins abondante dont le maximum est dans le sillon balano-préputial. Très abondante elle s'accompagne de douleurs vives et d'œdème. Elle a pour cause ou la stagnation du smegma, ou des savonnages répétés par un homme peureux après un coït suspect.

Lavages répétés à l'eau bouillie, à l'eau bouillie de fleur de sureau, de camomille, pansement à la pommade à l'oxyde de zinc. Pas de coït.

BALANITE HYDRARGYRIQUE

On a vu de l'hydrargyrie aiguë locale, érythémateuse et suppurée après l'application de calomel en poudre sur des végétations, ou de pommades mercurielles sur des chancres. Supprimer la cause. Lavages répétés, bains émollients, pommades couvrantes.

BALANITE IODO-POTASSIQUE

Elle fait partie des accidents d'intoxication iodo-potassique. Elle est rare, et peut revêtir la forme néoplasique ou ulcéreuse, comme les accidents cutanés de cette origine. Suppression de la cause, pansements humides, pommades couvrantes.

BALANITE PUSTULO-ULCÉREUSE

Les ulcérations ont la dimension, la forme, la topographie de l'herpès vrai, mais elles sont suppurées d'emblée; les ulcérations sont plus creuses; l'éruption est composée de poussées subintrantes, et ne récidive pas, au moins comme l'herpès. Du Castel la croit contagieuse. Cause inconnue. Traitement, comme les précédentes.

BALANITE ÉROSIVE CIRCINÉE

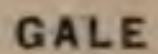
Décrite par Berdal et Bataille, contagieuse, inoculable, cette balanoposthite se traduit d'abord par un point blanc d'accumulation épithéliale qui s'agrandit, le centre prend alors la couleur de l'épiderme exulcéré, pendant que la lésion, à bords nets, est limitée par un liséré de déchets épithéliaux blancs accumulés. Le centre de la lésion guérit, pendant que le pourtour de la lésion s'élargit. Dans ces déchets, le microscope montre des spirilles. Coloration par l'éosine ou la fuchsine au 1/500 en préparations extemporanées. Culture impossible.

Les cas bénins guérissent seuls en 4 ou 5 jours. On traite les autres par des badigeons de nitrate d'argent au 1/20 et les pommades au tannin et calomel au 1/100.

BALANITES SECONDAIRES

Les balanites secondaires coexistent avec des végétations, avec de l'herpès, avec un chancre ou des papules syphilitiques; j'en dirai quelques mots avec chacune de ces lésions. Il est facile d'imaginer ce qu'elles sont et de calquer leur traitement sur celui des balanites primitives.

La balanite diabétique est résumée sous le nom de *diabétides* (p. 478).



GALE



Fig. 180. — Gale du pénis. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 765.)

Les sillons de gale sur le gland sont fréquents et pathognomoniques. Beaucoup de lésions que le médecin n'osait déclarer encore galeuses au premier aspect, ont leur diagnostic certifié par la lésion sarcoptique du gland ou du fourreau de la verge (p. 481).

Au gland, ce sont, quand la lésion est déjà vieille, des taches rondes rouges, plates, presque papuleuses, à la surface desquelles les plis très fins de la peau du gland sont effacés.

Quand la lésion est plus jeune, c'est une vésicule, ordinairement excoriée, ou un sillon. Le sillon peut être admirablement net, le plus souvent, c'est une saillie longue de 5 millimètres, irrégulière, rouge.

Ainsi la lésion galeuse du gland est polymorphe et sa forme est peu caractéristique. Sa localisation l'est beaucoup plus. Des papules syphilitiques, des lésions psoriasiques du gland sont des raretés, la surface du gland ne présente, on peut dire jamais, rien de comparable aux lésions galeuses, vésiculeuses ou érosives. C'est pourquoi, par leur situation même, elles imposent le diagnostic de gale, certifié encore

de semblables lésions du fourreau de la verge. (Traitement, 505).

VÉGÉTATIONS

Les végétations, choux-fleurs, ou crêtes de coq, sont de très petites tumeurs papillomateuses, siégeant aux régions génitales des deux sexes; et chez l'homme quelquefois au méat uréthral, plus souvent dans le sillon balano-préputial ou sur la face interne du prépuce.

C'est d'abord une petite saillie papuleuse simple, qui bientôt se divise en digitations, lesquelles se multiplient, en gardant leur pédicule unique et restreint. Bientôt d'autres petites papules semblables se forment qui se multiplieront de même. Après un temps, les tumeurs saillantes, digitées, ressemblent à un chou-fleur très exactement. Elles sont roses, épidermisées; mais quand elles se multiplient, leurs surfaces pressées sécrètent dans les plis, un liquide puriforme, très microbien, d'une odeur infecte. Ces petites tumeurs jouent, entre le prépuce et le gland, le rôle de corps étrangers et y entretiennent une humidité et une suppuration constantes.



Fig. 181. — Végétations. (Malade de Guibout. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 78.)

Il existe différents degrés dans cette affection. Les plus prononcés correspondent à la figure ci-contre, les cas moyens à la description précédente. Les cas légers comprennent une ou deux rangées de papules digitées, très petites dans le sillon balano-préputial ou le long du frein et un ou deux éléments à l'orifice du méat.

Les végétations, pour beaucoup de vénéréologistes, sont liées à la blennorragie, et, d'après eux, les sujets qui n'ont pas eu de blennorragie n'auraient jamais de végétations. La preuve expérimentale de cette opinion reste à faire. Mais elle semble assez correspondre à la vérité clinique.

Ces lésions, lorsqu'elles ne sont pas bien traitées, sont excessivement tenaces, récidivantes et des plus pénibles au malade. Elles exigent des soins d'hygiène continuels et minutieux.

Le traitement en est délicat et doit être répété fort souvent. Le traitement, par le médecin, consiste en applications limitées, bien faites avec un pinceau humide et roulé dans de la poussière de cristaux d'acide chromique. (Veiller à ne pas laisser couler sur la peau saine.) Les végétations touchées se racornissent comme des grains de tabac et tombent. Le traitement pour le malade consiste en applications et pansements quotidiens avec :

Poudre de sabine.	20 grammes.
Acide salicylique	30 —
Poudre de talc	40 —

(Gémy et Dubreuilh.)

Ainsi, bien traitées par le malade et par le médecin, les végétations disparaîtront en un laps de temps de 2 à 3 mois, mais il faut surveiller les récidives.

CHANCRE INDURÉ

Le chancre induré, accident initial de la syphilis, est plus fréquent, en cette région, que partout ailleurs.

Il apparaît 15-30 jours après le contact d'inoculation, sous la forme d'une lésion rouge, non suintante, à la surface de laquelle l'épiderme corné, décollé, disparait par simple et légère friction. Les inoculations au singe semblent montrer que la lésion initiale est une vésicule plate, éphémère presque immédiatement détruite. Pratiquement on n'observe pas ce début, ce qu'on voit, c'est l'exulcération constituée : elle est plate, elle n'est pas creuse, elle est à peine humide, ne suinte pas, ne suppure pas et s'agrandit de jour en jour, pour être ordinairement à son maximum (1 cent. 1/2 de diamètre) 30 jours après le coït. A mesure que cette ulcération s'agrandit, se prononce au-dessous d'elle, une induration cartilagineuse, plus large que l'exulcération. On dirait un disque de carton enchâssé dans la peau. Le chancre dure sur place quatre à six semaines ; à partir de la quatrième, sa surface exulcérée se rétrécit, s'épidermise, mais l'induration persiste longtemps encore, et ses restes sont encore appréciables, après deux et trois mois, à l'ordinaire. Le chancre induré peut être très large ou très petit, suivant les cas. Le type que nous décrivons est moyen. Le chancre induré est habituellement unique, mais c'est une règle qui souffre beaucoup d'exceptions ; dans ce cas, un chancre appa

ɔrd et ce sera le plus gros, les autres suivent, à quelques jours , et seront plus petits.

s les premiers jours du chancre, un ganglion grossit, dans le pli ıine correspondant au côté du gland où est né le chancre; c'est le



ɪɢ. 182. — Chancre induré de la verge. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

ion satellite. Il prendra un volume double de la normale, une ɛnce très accusée, et persistera ainsi de longs mois sur place suppurer jamais. Peu de jours après, les ganglions du voisinage ɛnnent : c'est « la pléiade », mais leur volume n'atteint pas à du ganglion satellite. Tous sont indolores ou à peine sensibles. siège du chancre induré est variable. On l'observe très fréquemment *et*, surtout chez les hommes dont le frein préputial est court et le déchirent pendant le coït. Il est très fréquent aussi dans le balano-préputial près du frein, ou sur le prépuce. Il peut exister éat même, il y donne l'illusion de l'éversion de la muqueuse rale, il est ordinairement uni-latéral et non médian. Le chancre exister *dans le canal*, et c'est la source de nombreuses erreurs de ostic. Il irrite la muqueuse qui sécrète du muco-pus. Un examen ficiel fait dire : écoulement, c'est-à-dire blennorragie. Après ues jours cet écoulement se tarit et le patient se croit quitte à bon te de la chaudepisse présumée. Au toucher pourtant sous le , l'induration est perceptible. (Ce chancre du canal est relative- rare.) Les ganglions des lymphatiques du canal étant pelviens et ires; leur absence à la palpation peut ajouter à l'incertitude du ostic jusqu'à l'apparition des accidents secondaires.

Toute érosion préalable favorise l'infection syphilitique au plus haut point. Bien des cas cliniques semblent démontrer que la peau ou la muqueuse, *intactes*, ne sont pas aisément inoculées par la syphilis au cours d'un coït, et peuvent au moins échapper à l'inoculation; en revanche les érosions des coïts multiples, spécialement l'érosion mécanique du frein dont il a été parlé plus haut, enfin des érosions comme celles de la gale, rendent l'inoculation presque inévitable. La proportion des galeux parmi ceux qui apportent un chancre induré de la verge à la consultation de l'hôpital Saint-Louis est considérable.

Le chancre induré peut évoluer en même temps et au même lieu qu'une chancrelle. Dans ce cas il est souvent méconnu, car il est alors ulcéreux, suppurant et le seul de ses caractères qui lui reste est l'induration. Le médecin doit toujours y penser, et surveiller les transformations ganglionnaires. L'apparition d'un bubon satellite non inflammatoire et peu douloureux doit faire au moins réserver le diagnostic.

Le traitement local du chancre induré est nul. Le traitement de la syphilis (p. 726) doit-il être commencé de suite, c'est l'opinion qui tend de plus en plus à prévaloir aujourd'hui où la plupart des syphiligraphes tiennent pour le traitement rapide et intensif. Récemment encore, beaucoup attendaient l'apparition de la roséole pour traiter. C'est, semble-t-il, faire perdre au malade un temps précieux.

Il est à noter que le chancre induré ne laisse qu'une cicatrice à peine visible, plate, et qui, avec les années, disparaît souvent d'une façon complète. Une cicatrice profonde ou entaillée, de ce siège, n'a aucune chance de représenter un chancre induré d'autrefois.

SYPHILIDES

Le chancre induré est la première et la plus importante des syphilides de la région, mais celle-ci peut en présenter beaucoup d'autres.

1° Des syphilides secondaires papuleuses, plus ou moins nombreuses, disséminées sur la surface du gland et à la face interne du prépuce. C'est leur multiplicité et l'induration qui les sous-tend, en ce siège, qui fait le phimosis syphilitique étudié plus haut (p. 466).

2° Des syphilides tertiaires, syphilides serpigineuses et surtout des gommes locales assez rares, dont la plupart ont la forme commune et n'offrent de particulier en ce siège que la cicatrice vicieuse et

…e qu'elles peuvent laisser. Certaines autres, dites chancriformes, …vent ressembler étonnamment à un accident initial. Ces gommes … pu faire croire à une syphilis doublée (à une réinoculation de …hilis à un ancien syphilitique), chose dont on n'a pas, à ce qu'il …ble, un seul exemple authentique certain (A. Fournier).

…es soi-disant chancres ne sont pas suivis d'induration ganglion…re, de roséole, etc..., ils durent sur place jusqu'à ce que le traite…nt les guérisse. Enfin ils laissent en général une cicatrice bien …s marquée qu'un chancre syphilitique vrai.

CHANCRE MOU

Le chancre mou ou chancrelle est perceptible du quatrième au …tième jour après le coït d'inoculation, sous la forme d'une vésico-…stulette qui s'ulcère sans délai. On voit alors une petite ulcération …ppurante aussi creuse que large, et qui s'agrandit de jour en jour … tous sens. Elle suppure notablement, et ce pus, très contagieux, …nt multiplier les chancres autour du premier et à distance. La …gion peut s'en couvrir : les chancres mous multiples sont la règle. … peuvent être 5 ou 10, et davantage; ils occupent le frein, le sillon …lano-préputial, le prépuce et même le bord du gland.

Leurs érosions, cernées d'un mince liséré rose, érosions creusées à …c, à l'emporte-pièce, suppurant beaucoup, sont extrêmement carac…ristiques. Les chancres mous ne peuvent guère être confondus …'avec les *bouquets*, vésico-pustuleux, de l'herpès progénital (p. 477). Mais tandis que les vésico-pustules de l'herpès sont agglomérées en …n groupe, les chancrelles sont de disposition irrégulière et quel…onque. De plus, la vésicule herpétique rompue n'est ni creusée à pic, … suppurante comme la chancrelle, dont les bords à pic sont, en …tre, très irréguliers.

La réinoculation du chancre mou est un moyen employé depuis …cord, pour faire la preuve de sa nature. On inocule le pus de la …ncrelle initiale, au bras du même malade, par une piqûre vac…ale. Il se forme, dans les délais prévus, une pustule qui reproduit …dinairement atténués) tous les symptômes de la chancrelle initiale. …preuve faite, on traite les chancrelles initiales, et le chancre ino…é, de même. On remplit leur cavité de pâte sulfocarbonée qui fait …stique et pansement.

On peut traiter les chancres mous par l'iodoforme en poudre ou e pommade au 1/10, par le tannoforme, par la pommade au sous-ca bonate de fer, etc. Il s'agit, en effet, d'une lésion très peu résistan aux antiseptiques quels qu'ils soient. Cependant c'est le chancre mo qui devient quelquefois phagédénique, largement ulcéreux et de tructeur (voir fig. 120). On ignore les causes vraies du phagédénism



FIG. 185. — Bacille de Ducrey (chancre mou). — Exsudat fibrineux de sa paroi. (Obj. 1/12, ocul. 3, Leitz.)

C'est un accident rare aujourd'hui, probablement parce que les c cres mous sont plus rapidement traités.

L'examen microbien du chancre mou est aisé, quand il s'agit chancre jeune. Le pus, extrait *par raclage du bord*, étendu, fi coloré par les méthodes ordinaires, montre, comme l'indique la fi ci-contre, un strepto-bacille en chaînes contiguës (Ducrey-Unna).

Le pus du chancre montre le même microbe, sous une forme pre diplococcique; le bacille ne se colorant plus qu'à ses deux extrémi Le chancre mou ne donne lieu qu'à une réaction ganglionnaire peu accusée; ou bien, l'un des ganglions présente, assez brusquem des signes d'inflammation vive. C'est le bubon du chancre mou ét dans la région de l'aine (p. 304). La cicatrice du chancre mou est jours bien plus nette et plus marquée que celle du chancre ind Elle demeure indéfiniment visible et même quelquefois entaillée d la peau, et gardant les bords à pic de l'ulcération à sa période d'é

HERPÈS PROGÉNITAL

n appelle *herpès progénital*, l'éruption de vésico-pustules herpé-es groupées en bouquet, surgissant en 1 ou 2 jours sur un point lconque des organes génitaux, plus souvent dans le sillon balano-putial, durant 7 à 8 jours et disparaissant le 10ᵉ ou le 12ᵉ. Cette ption récidive avec une déplorable ténacité.

à, comme partout, les vésicules herpétiques sont groupées au nbre de 6-12, chacune ovale; le plus souvent le grand axe de tes les vésicules est dirigé dans le même sens. Avant qu'elles araissent, lorsque le prurit et la cuisson annoncent au patient que herpès va surgir, on distingue sous l'épiderme corné la place de que vésicule comme une tache blanche. La vésicule louche, puis purée, sera formée le lendemain; sa forme est celle d'une moitié uf coupé dans son grand axe et posée à plat.

Les plus grandes ont 3 millimètres de long sur 2 de large. Les vési-les sont ouvertes par grattage ou sèchent sur place. Ouverte, cha-ne est une exulcération ronde, rose avec un petit bord nettement coupé. Elles suppurent à peine un jour, se sèchent le lendemain. La oûtelle brunâtre garde la forme de la lésion. L'herpès récidive à la ème place, ou au voisinage, un nombre de fois indéfini, tous les ois ou après chaque coït *étranger*, ou sans cause perceptible. Il est s souvent pour les patients une cause de dépression nerveuse et idées fixes. Beaucoup d'herpétiques, en dépit des affirmations con-aires, se croient syphilitiques, et veulent interpréter leurs récidives mme des poussées de plaques muqueuses. D'autres ayant peur de s'ino-ler la syphilis par leurs exulcérations herpétiques (et le fait est u'elles rendent plus dangereux tout rapport suspect) demeurent ndéfiniment chastes. Tous sont obsédés.

Aucun traitement valable n'existe contre l'herpès. Le lavage local otidien avec de l'eau phéniquée à 2 pour 100 est encore un des eilleurs traitements préventifs que je connaisse. Toutes les poudres, tes les pommades ont été préconisées contre l'herpès avec des suc-beaucoup plus variables, suivant le cas, que d'après les formules isées.

DIABÉTIDES

Les diabétides n'ont pas de physionomie propre. Ce sont leurs cara tères négatifs qui font, quand on les voit, penser au diabète.

Un homme vient consulter de 40-55 ans, un peu obèse et d santé trop florissante; il se plaint de s'être fait, pendant un coït, de érosions qui ne guérissent pas depuis 2 mois ou plus.

On regarde, et on trouve, dans le sillon balano-préputial, des ér sions allongées, disséminées, un peu suintantes et croûteuses, sa gnant assez facilement, ne ressemblant ni à des plaques muqueuse ni à des chancres, ni à des lésions de gale (elles n'en ont d'ailleu pas la localisation), ni à rien d'ordinaire en ce siège. Alors on d penser au diabète et certifier son diagnostic par l'examen urinai extemporané.

Le traitement général du diabète et le régime strict sont néc saires, le traitement local comprend l'emploi des poudres cica santes : dermatol, tannoforme ou oxyde de zinc, ou mieux l'em de la pommade tant de fois mentionnée.

Sous-carbonate de fer	1 gramme.
Vaseline	40 grammes.

Ordinairement les diabétides guérissent dès que le sucre dimi mais elles peuvent se reproduire quand le taux glycosurique remo en sorte que ces lésions peuvent être des plus pénibles au mal dans un tiers ou un quart des cas environ; les trois quarts des de diabétides cédant au traitement d'une façon définitive.

LICHEN PLAN

Le lichen plan du prépuce et du gland n'est qu'un épiphénom au cours de l'éruption généralisée. Là, comme partout, cette érup est composée d'une multitude de petites papules saillantes, pla lisses, d'un violet-lilas pâle, brillantes, agminées en archipel, r ou cohérentes suivant les cas, et dont la surface est parcouru linéaments blanchâtres très fins (voir p. 625).

TUBERCULOSE

ai vu, une fois, une tuberculose du gland, tuberculose cutanée et s-cutanée. Elle constituait une nappe couvrant 1/5 de sa surface, et nait à la partie qu'elle occupait une consistance particulière. itente. Elle évolua fort lentement et gagna le corps spongieux du al de l'urèthre, sans causer de troubles fonctionnels très notables, muqueuse de l'urèthre demeurant intacte. La biopsie prouva le gnostic. Le malade disparut.

ÉPITHÉLIOMA

L'épithélioma du gland n'est pas très fréquent, mais semble moins re. Il se présente avec ses caractères ordinaires, le plus souvent mme une néoplasie saillante et quelquefois pédiculée, d'autres fois mant des masses framboesiformes dont la pression fait sourdre mme des vermicelles, des agglomérats épithéliaux presque liquides. traitement par les rayons X devrait être tenté après ou sans ablan, mais sans attendre.

FOURREAU DE LA VERGE

Ce chapitre dermatologique est restreint.

J'envisagerai d'abord les kystes sébacés, très fréquents en cette région, et qui, par leur nombre, peuvent constituer une légère difformité	**Kystes sébacés. . .**
... ensuite, la gale simple ou pustuleuse dont les lésions, sillons rouges et vésico-pustules, sont particulièrement caractéristiques en cette région	**Gale. . . . .**
... ensuite l'herpès, dont les bouquets vésiculeux, récidivants, sont pour certains sujets une affliction quasi perpétuelle . . .	**Herpès. . . . . . .**
Les accidents syphilitiques : chancre, papules secondaires, gommes tertiaires, doivent être connus et seront étudiés ensuite.	**Syphilis . . . . . .**
... ainsi que les chancres mous assez rares en cette région.	**Chancre mou. . .**
Il existe au bas-ventre, au fourreau de la verge, un psoriasis en placards roses, à squame grasse, assez particulier et méritant une mention.	**Psoriasis stéatoïde..**
Je terminerai par une description de la gangrène foudroyante, accident fort rare, mais de mœurs et allures très spéciales, et dont il faut connaître l'existence	**Gangrène foudroyante. . . .**

KYSTES SÉBACÉS DU FOURREAU

Le fourreau de la verge est un lieu de développement élec kystes sébacés vrais (p. 695), c'est-à-dire de kystes par rétention, peut, à la rigueur, vider par pression. Par un orifice imperc sort un filament mince de matière blanche, caséeuse, comme u micelle.

Ces kystes, très fréquents chez certains sujets, sont gros a comme un petit pois. On peut les guérir par une pointe de ga cautère, destinée à évacuer leur contenu, et une application d

ture d'iode portée dans la cavité kystique avec une tige mince de bois ou d'aluminium. Certaines intoxications favorisent énormément la production des kystes sébacés du fourreau de la verge et du scrotum, ainsi l'intoxication des ouvriers qui fabriquent le chlore. Dans ce cas, la suppression de la cause est évidemment le premier article du traitement à instituer.

GALE SIMPLE — GALE PUSTULEUSE

Le fourreau de la verge est, pour le sarcopte de la gale, une région de développement premier presque nécessaire. La gale ne se contractant que la nuit, puisque le sarcopte est noctambule, les rapports sexuels sont la cause ordinaire de la contagion, et les régions les premières prises sont celles du bas-ventre. Il n'y a pas de gale un peu développée, chez l'homme, qui ne s'accompagne de lésions galeuses du fourreau. Ces lésions sont des sillons saillants, irréguliers, rouges, prurigineux, disséminés, adjoints ou non à une vésico-pustule. Dans la gale floride, les lésions suppurées, polymorphes, vésico-pustuleuses, se voient beaucoup moins à la verge qu'aux mains.

En résumé : 1° Ne jamais porter le diagnostic de gale chez l'homme sans avoir vérifié l'existence des lésions du fourreau.

2° Bien savoir que la gale est, sans contredit, la plus fréquente des lésions prurigineuses du fourreau de la verge (fig. 180).

Pour le traitement de la gale, voir page 605.

HERPÈS

L'herpès du fourreau de la verge est fréquent, il existe plutôt vers l'extrémité (revêtement cutané externe du prépuce), ou tout à fait à la base de la verge, sous la forme d'un bouquet, simple ou double, de 5 à 10 vésicules, bientôt pustules, plates d'abord, et visibles en blanc sur un fond commun rouge, ensuite plus saillantes, mais toujours peu saillantes et surbaissées.

L'éruption se fait en deux jours avec des phénomènes locaux de prurit et de cuisson. Elle dure cinq à six jours et s'efface en deux ou trois jours, ayant duré dix à douze jours au total.

L'éruption faite, le placard d'érythème commun à tout le bouquet

s'efface pour ne laisser qu'une mince aréole rouge à chaque vésicule: cette aréole disparait quand l'éruption va s'éteindre.

Un homme est sujet à l'herpès 20 ou 200 fois en sa vie. Ces poussées surviennent après des causes connues du malade; coïts, migraines, troubles gastriques, état angineux, ou bien sans cause perceptible. Le bouquet d'herpès, à la base de la verge, revient souvent très exactement au même endroit; au prépuce, il est de localisation plus diverse chez le même sujet. Traitement général de la cause occasionnelle, quand on peut la surprendre.

Traitement local : lavage à l'eau phéniquée chaude à 2 pour 100 quotidiennement. A la fin de l'éruption, glycérés, pâtes et poudres.

Glycéré d'amidon neutre.	30 grammes.
Résorcine	30 centigrammes.

Poudre :

Oxyde de zinc	āā P. E.
Poudre de talc	
— d'amidon.	

CHANCRE INDURÉ

Le chancre induré du fourreau ou de la base de la verge n'est pas une rareté. Il est enté le plus souvent sur une lésion galeuse préexistante. Il est souvent de dimension plus grande que le chancre balano-préputial, et souvent son grand axe suit le sillon galeux d'inoculation. En ce qui concerne sa description, ses caractères, son mode d'évolution, etc., il suffira de se reporter à la description du chancre induré du gland (p. 472).

SYPHILIS SECONDAIRE

L'éruption secondaire de macules et de papules existe au fourreau de la verge comme ailleurs, pas plus qu'ailleurs, sinon au niveau du repli préputial où l'accumulation des papules et l'œdème dur, dont elles s'accompagnent, créent le phimosis syphilitique si spécial, décrit (p. 466.) A noter pourtant, les lymphangites et phlébites (secondaires au chancre) des lymphatiques et veines du fourreau, sensibles au toucher comme des cordons durs et presque toujours complètement indolores. Le traitement les résout d'ailleurs totalement.

SYPHILIS TERTIAIRE

a syphilis tertiaire ne se manifeste guère, au fourreau de la verge, sous la forme d'une gomme accidentelle. C'est d'abord une eur ronde, ovale, en amande, indolore, d'évolution lente. A sa ace, la peau est violette, mince, froide. Elle se fixe, s'ulcère, et uvre un bourbillon jaune, qui s'élimine peu à peu.

raitement immédiat (p. 726) et même, dans le doute, traitement reuve de trois semaines.

CHANCRES MOUS

es chancres mous peuvent s'observer sur le fourreau de la verge, s le fait est rare. Ordinairement à la verge, quand ils ne siègent autour du gland, ils occupent les plis radiés du prépuce fermé. Ils t leurs caractères ordinaires : ulcérations lisérées de rose vif, irré- ères, creusées à pic et entaillées, très suppurantes, non indurées, issant facilement par la propreté locale et des applications anti- iques bénignes (p. 476).

PSORIASIS

existe un type clinique de psoriasis à localisation inguinale et itale élective, accompagnant des lésions rares du même type au chevelu. Au fourreau, comme au bas-ventre, ce sont des taches s, moins rouges, moins infiltrées, moins squameuses, que celles psoriasis typique.

es squames pityriasiformes, sont d'un blanc jaunâtre, un peu sses et paraissent grasses. C'est le type du psoriasis stéatoïde des escents et des séborrhéiques.

e traitement est celui du psoriasis de tous sièges, et comporte des ications plutôt douces. Exemple :

Huile de cade.	ãã 10 grammes.
Vaseline.	
Lanoline.	
Résorcine	ãã 1 gramme.
Ichtyol.	
Huile de bouleau	

Il est de mœurs bénignes et, pris à temps, peut disparaître sans récidives trop fréquentes ou trop obstinées.

GANGRÈNE FOUDROYANTE

Ce type clinique, heureusement rare, est singulièrement caractéristique en tous ses symptômes.

A l'occasion d'une piqûre, d'une érosion et autour d'elle, ou au contraire, sans aucun traumatisme, se forme en quelques heures, au fourreau de la verge, à sa base, ou au-dessous d'elle, ou sur les bourses, un large placard d'un rouge sombre, tuméfié, œdémateux, très douloureux. Et aussitôt les symptômes généraux apparaissent.



Fig. 184. — Gangrène dite spontanée. (Malade de Gémy. Photographie du laboratoire de l'hôpital d'Alger.)

40° et 41°, angoisse, dyspnée, nausées, vomissements, diarrhée fétide même quelquefois ; soif intense, subdéliré ou prostration. Les symptômes locaux croissent d'heure en heure, le placard s'étend, tout le fourreau de la verge, les bourses, le bas-ventre sont envahis en deux ou trois jours pendant que le centre du placard devient d'un vert noirâtre et s'escarrifie. L'escarre est molle, fluente, elle se résoud en liquide sanieux, d'une odeur horrible, qui s'écoule sur les pièces de pansement. Pendant ce temps, le processus s'accroît et l'on prévoit une issue fatale dans quelques heures, lorsque subitement tout s'arrête, un sillon de gangrène fait le départ entre le tégument sain et le tégument condamné. L'escarre, éliminée par la fonte sanieuse ou enlevée par morceaux, est remplacée par un tissu de bourgeonnement

lier. La réparation de cette immense perte de substance se fait une incroyable rapidité ; elle est achevée, suivant son étendue, en 2 ou 3 mois, sans rétraction cicatricielle excessive et avec une arquable conservation des formes de la région. Dans un cas de ce re, le streptocoque fourmillait littéralement au milieu des prépans extemporanées ; la gangrène foudroyante serait donc un érysi- gangréneux ; dans d'autres cas, où il y a crépitation sous-cutanée, rolifération doit être au moins accompagnée de la prolifération des obes anaérobies, qui ont été remarquablement étudiés par Veillon des cas analogues.

traitement, au début, est tout entier chirurgical. Ouvrir large- t et drainer en tous sens, laver largement. Recommencer l'inter- on, si l'extension des placards indique que l'intervention première insuffisante. A la période de réparation, j'utiliserais, comme dans les cas d'ulcérations larges et profondes, la poudre de sous-car- te de fer ou la pommade au sous-carbonate de fer au 1/40.

BOURSES [1]

En l'étude de cette région, j'envisagerai d'abord l'œdème, l'intertrigo, l'érythème et l'eczéma qui peuvent y être observés chez le nouveau-né à la suite de troubles digestifs.	**Érythème. Œdème. Eczéma chez le nouveau-né. . . .**
... les « plaques muqueuses cutanées » de la syphilis secondaire du nourrisson qui sont familières à cette région	**Plaques muqueuses cutanées syphilitiques . . . . .**
... les quelques cas d'angiokératome de Mibelli qu'on y peut observer, chez l'adolescent, petits nævi veineux kératosiques multiples.	**Angiokératome de Mibelli. . . . . .**
... les kystes sébacés qui accompagnent, en cette région, l'acné juvénile et l'acné chlorique	**Kystes sébacés. . .**
Je dirai quelques mots du parasitisme du morpion qui peut s'étendre à cette région.	**Parasitisme . . . .**
... et aussi de l'hydrargyrie cutanée, qu'on y voit suivre, trop souvent, les applications d'onguent gris, faites pour détruire le parasitisme.	**Hydrargyrie cutanée . . . .**
Je mentionnerai en outre cet épithélioma des bourses qu'on voit quoique très rarement évoluer chez les ramoneurs.	**Épithélioma . . . .**
La syphilis de l'adulte, avec ses plaques muqueuses cutanées, nous occupera ensuite quelque peu	**Syphilis de l'adulte.**
Il existe chez les nerveux un prurigo du raphé scrotal source de démangeaisons excessives.	**Prurigo scrotal. . .**
Il existe un eczéma consécutif au varicocèle, j'en parlerai également.	**Eczéma variqueux .**
... et je terminerai par l'étude rapide du psoriasis total des bourses, complication qui n'est pas très rare chez les malades atteints de psoriasis généralisé.	**Psoriasis. . . . . .**

[1] Pour toutes les affections communes aux bourses et au pli de l'ain[e, tri]chophytie, érythrasma, etc., voir *Région inguinale*, p. 295.

ŒDÈME — INTERTRIGO — ECZÉMA DES NOURRISSONS

'urine normale a peu de tendances à créer chez le nourrisson une rmite traumatique. L'urine et les matières fécales, pendant les entés, deviennent au contraire très rapidement irritantes. Une dermite ge survient, qui débute autour de l'anus (p. 505) et s'étend aux rses et aux plis des aines. Elle s'accompagne d'un léger état d'œne des bourses dont on peut à tort s'inquiéter.

e traitement est celui des désordres gastro-intestinaux qui sont la mière cause des troubles cutanés. Comme traitement local, dans cas où la dermite est très vive, on peut être amené à appliquer des plasmes émollients (fécule de pomme de terre ou amidon, cuits), lus souvent les applications de pâtes couvrantes ....

Oxyde de zinc . . . . }
Vaseline . . . . } āā P. E.

F. s. a., à chaud.

et les poudrages abondants, poudre de lycopode de préférence, iront à éviter le contact direct des urines et des matières. On presa le changement de linge toutes les fois que l'enfant sera mouillé sali.

PLAQUES MUQUEUSES CUTANÉES CHEZ L'ENFANT

hez le nourrisson, en évolution de syphilis secondaire, les papules ulcèrent en surface, suintent légèrement, et deviennent ce qu'on elle à tort les plaques muqueuses cutanées. Elles sont surtout nbreuses autour de l'anus et au scrotum, qui peut en présenter de 20. Dans ce cas, le nombre des ulcérations rend la région très sible. En dehors du traitement syphilitique général, le traitement il est tout d'hygiène et de propreté comme celui de l'érythème ertrigo du nouveau-né dont la description précède.

ANGIOKÉRATOME DE MIBELLI

a région où l'on observe habituellement l'angiokératome de Mibelli le dos des doigts et des mains (p. 412) ; sa localisation au scrotum

est exceptionnelle. Il s'y montre sous la même forme si particulière et reconnaissable; c'est une multitude de petits nævi veineux, violâtres, disséminés chacun sur une surface raboteuse légèrement pigmentée. Dans les deux cas que j'ai observés, les bourses en étaient couvertes, on en voyait 100 ou 200 points distincts, et l'éruption remontait jusqu'au bas du ventre et à la racine de la verge.

Traitement par les pointes galvaniques fines sur chaque nævus distinct. Résultats excellents.

On sait que les rapports cliniques de l'angiokératome avec les érythèmes pernios, engelures, etc., sont certains sans être définis. Tous les moyens qu'employait l'ancienne médecine contre ces troubles dits strumeux pourront être utilisés : huile de foie de morue, vie au grand air, saisons marines, etc.



Fig. 185. — Acné chlorique. (Malade de Hallopeau. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 2139.)

t, tanne. — *ka*, kyste acnéique.

KYSTES SÉBACÉS

Les kystes sébacés du type que nous avons décrit au fourreau de la verge (p. 480) peuvent se rencontrer aux bourses en plus ou moins grande abondance et à divers degrés de développement. On les observe surtout dans l'acné spéciale des ouvriers fabriquant le chlore, je n'ai rien à ajouter à ce qui en est écrit p. 262.

PARASITISME

L'invasion des poux du pubis peut couvrir les bourses de morpions et de lentes. A l'examen, dans les cas moyens, ce qui attire l'œil d'abord ce sont les lentes surtout, qui sèment la région de petits

ts brillants; on cherche ensuite les macules bleues, assez rares, minées sur la région circonvoisine, la racine de la cuisse partirement.

morpion apparaît, comme une tache grise de 3 millimètres de ètre, qui semble crénelée sur ses bords. Le morpion fixé à deux par ses quatre pinces (p. 520) est aplati sur la peau et adhérent . Il faut une certaine habitude de l'œil pour l'apercevoir.

ns les cas où il n'y a que quelques morpions, l'épilation des ites à la pince et des poils portant des œufs, quand elle peut être par un épileur professionnel, est un des meilleurs et des plus les moyens de traitement.

moyen plus expéditif et recommandable aussi est le lavage local un tampon d'ouate largement mouillé de *xylol purifié*. Cette ne est extrêmement cuisante à la peau et le lavage ne doit pas plus de 2 ou 3 minutes au maximum, mais il ne faut pas dre d'y employer le tampon bien mouillé. Tous les parasites tués instantanément et les œufs même, en partie dissous, ne eront plus si l'application a été bien faite. On risque une dermite iatique légère enrayée par une application immédiate de pommade yde de zinc. Et cette dermite est bien moins pénible que l'hydrarcutanée à laquelle expose l'onguent gris traditionnel.

HYDRARGYRIE CUTANÉE

l'est pas très rare de voir arriver à la consultation externe des aux un malade dont les bourses, les aines, et le bas-ventre sont rouge éclatant et luisant, ou même d'une couleur vineuse; s les surfaces irritées exfoliant de larges placards d'épiderme . Le malade accuse une chaleur et une cuisson intolérable, et ouvent il ne dit point la cause de tout cela parce qu'il l'ignore. Il les morpions; suivant l'usage il a appliqué *larga manu*, sur toute gion, une forte couche d'onguent gris, qu'il a gardé 24 heures lace, après quoi il s'est peu et mal savonné.

lendemain ou surlendemain, l'éruption est survenue.

ns alcalins, puis amidonnés. Si l'onguent gris n'a pas été enlevé, ner longuement au blaireau à barbe et rincer parfaitement. te, dans les cas aigus, cataplasmes; dans les cas moyens et bénins, nades calmantes, liniment oléo-calcaire, pommades et pâtes le de zinc.

Très souvent, malgré cette application d'onguent gris, des morpions demeurent vivants dans les poils du ventre, de la région sacrée, de la poitrine, des aisselles, s'assurer qu'il n'en reste plus, avant de renvoyer le malade.

ÉPITHÉLIOMA DES RAMONEURS

Cette maladie est exceptionnelle et tend de plus en plus à devenir une rareté. Elle survenait chez l'enfant ou l'adolescent, au scrotum, sous la forme d'un épithélioma bourgeonnant, en nappe saillante, d'évolution très lente et relativement bénigne. Dans le seul cas que j'en observé, l'épithélioma avait subi l'évolution crétacée et semblait bou de graviers, dont quelques-uns visibles au travers des bourge épithéliaux mal épidermisés ressemblaient à des tophus goutteux. gravité de cet épithélioma est très variable et ne peut être préjug Traitement : grattage à la curette et radiothérapie (p. 56), au m à titre d'essai.

SYPHILIS SECONDAIRE

Chez tous les individus dont l'hygiène locale laisse à désirer et présentent une syphilis secondaire floride, on peut voir l'érup papuleuse, plus ou moins abondante en ces régions, transfor chaque papule en une ulcération plate, rouge, ronde, suintante peu prurigineuse.

Ce sont là des accidents dont l'éruption généralisée du corps écl forcément la nature et la pathogénie. Le traitement est simple.

Prescrire des savonnages bi-quotidiens, avec rinçage bien fait. sèche, on applique une pommade couvrante un peu épaisse

Oxyde de zinc.	10 grammes.
Vaseline.	10 —
Lanoline.	10 —

et on poudre très largement.

Poudre de talc	āā P. E.
— d'oxyde de zinc.	

On peut isoler en outre les bourses de la racine de la cuisse par lame d'ouate sèche, poudrée de même. Le port d'un suspensoir aussi très utilement conseillé.

PRURIGO DES BOURSES

'est une affection des nerveux, des surmenés, des agités. Elle se luit d'abord par des démangeaisons nocturnes extrêmement vives. s tard le prurit existe de jour, augmente d'intensité, la surface où e produit augmente aussi, l'anus est pris et la rainure interfessière ir *Prurit anal*, p. 511).

Le prurigo des bourses siège sur leur face périnéale, sur le raphé et tour de lui. A la longue un état lichénoïde se constitue, placard s, pigmenté, où la peau épaissie ressemble à un maroquin.

Les applications de :

Glycérolé d'amidon		60 grammes.
Acide tartrique	}	
Résorcine	} ãã	50 centigrammes.
Menthol	}	

soulagent mais ne guérissent pas, de même les colles de zinc, etc. s applications de courants de haute fréquence ont eu souvent de bons ets sur l'élément prurit, de même la radiothérapie en demi-séances unités H de Holzknecht) répétées tous les 15 jours. Recommander patient une vie plus calme, moins de surmenage, une saison de pos en montagne : type St-Gervais.

ECZÉMA VARIQUEUX

es varices du cordon, très fréquentes : (varicocèle) peuvent devenir à eau du scrotum, la cause d'une irritation cutanée chronique des s pénibles, qui confine à l'eczéma et à l'intertrigo et qui est d'un tement délicat et difficile. Le dartos est toujours relâché, les testi-s toujours pendants, la peau lisse, fine, molle, moite, rose et pru-neuse. Cet état complique presque toujours un intertrigo de l'aine, e complique souvent après grattage d'eczématisation, suintement roûtes. Le traitement qui m'a toujours donné les meilleurs résul-est celui de l'intertrigo chronique.

adigeons quotidiens avec :

Teinture d'iode fraîche	20 grammes.
Alcool à 60°	80 —

aisser sécher, puis appliquer une pommade couvrante et poudrer.

Dans les cas sérieux on nettoie à l'huile d'amandes douces avec ou hydrophile, dans les cas bénins on savonne tous les jours.

Il est bon de prescrire le port d'un suspensoir. J'ai vu de bons ef résulter du port d'un anneau de caoutchouc serrant le scrotu comme un sac vide, au-dessous des bourses; dans ce cas le scrot au-dessus de l'anneau de caoutchouc sert de suspensoir; au-dess de lui la peau, loin de s'œdématier, se rétracte et sa mollesse et amplitude diminuent.

PSORIASIS DES BOURSES

Les bourses peuvent présenter des taches de psoriasis au c d'un psoriasis généralisé, mais n'y offrent d'ordinaire rien de sp si ce n'est une très grande ténacité.

Mais il est des cas de vieux psoriasis, négligés, dans lesquels la face entière des bourses est revêtue de psoriasis confluent, cou la région comme un suspensoir. Ces cas sont de traitement (pronostic détestable. Ce sont des psoriasis toujours très enflam d'un rouge intense, en exfoliation perpétuelle, très prurigineux, quefois suintants. Ce qui m'a donné dans leur traitement les meil résultats, c'est l'application de chrysarobine à dose faible

Chrysarobine.	5	grammes.
Chloroforme anesthésique	100	—

et recouvrir de traumaticine.

Je me suis demandé si la compression élastique de la trauma ne diminuait pas la congestion. Quelquefois la chrysarobine es tolérée et alors les pommades cadiques faibles constituent p pour le malade un moyen de diminuer les inconvénients de ses l que de faire disparaître les lésions elles-mêmes.

VARIA

Des cancers du testicule : sarcome, épithéliomas épididymair ne sera pas traité en ce volume.

L'érythrasma est étudié p. 298; les syphiloïdes papuleuses érosives de Jacquet, p. 574; le vitiligo, p. 524; l'éléphantiasis, p

ANES GÉNITAUX DE LA FEMME

on complexe présente à consi-rd les lésions érythémateuses, ıses et l'œdème des lèvres con- troubles entéritiques chez les ;.	**Érythème. Œdème vulvaire. . . . . p. 494.**
a vulvite gonococcique épidé-etites filles	**Vulvite des petites filles. . . . . p. 494.**
e, la vaginite, la métrite ne uver place ici, mais il faudra urs complications cutanées ou vulvaires.	**Complications cutanées des écoulements vaginaux. . p. 495.**
articulièrement l'esthiomène, hypertrophique, éléphantia-vres, qu'on en voit procéder. .	**Esthiomène . . . . p. 495.**
nous parlerons des végétations apillomateuses, qui peuvent se utour de la vulve, surtout pen-ıssesses, mais aussi en dehors	**Végétations . . . . p. 496.**
ɔns ensuite un mot de la bar-i n'est qu'un abcès, ordinaire-ɔccique, de la glande de Bartho-ıaisseur d'une grande lèvre. .	**Bartholinite . . . . p. 497.**
vulvaire sera étudié ensuite ;ions vésiculeuses, pustuleuses uses, groupées en bouquet. . .	**Herpès. . . . . . . p. 497.**
hancres mous, ulcéreux, sup-ıultiples et quelquefois, mais xtensifs et phagédéniques . .	**Chancres mous. . . p. 498.**
is nous occupera ensuite, avec t initial, dont l'induration non ɔéciale à la région, et demande ıe	**Chancre induré. . . p. 498.**
s secondaire a les plaques mu-vaires et les condylomes papil-us ou moins multiples	**Plaques muqueuses. Condylomes . . . p. 499.**
te peut déterminer chez la ɔrurit, des érythèmes et des vulvaires	**Diabétides . . . . . p. 500.**

Mais il peut exister un prurit vulvaire non diabétique quelquefois intense et d'un traitement difficile.	Prurit. . . . . . . p. 5
... et un érythème intertrigineux, non diabétique, accompagnant ordinairement l'intertrigo chronique, sénile, des plis inguinaux et du pli transverse du bas-ventre. .	Intertrigo des lèvres. p.
Je dirai enfin un mot du psoriasis des grandes lèvres qui peut affecter quelques caractères particuliers	Psoriasis des lèvres. p.

... ne faisant que mentionner le lupus tuberculeux, l'épithélio les gommes syphilitiques, etc., qui ne s'observent en ce point que ra ment et sans caractères spéciaux.

INTERTRIGO — ŒDÈME VULVAIRE DES NOUVEAU-NÉS

Les fillettes du premier âge ont, souvent, pendant une entérite, du fait du contact des matières et des urines anormales, une irri tion tégumentaire qu'on peut nommer comme on voudra, mais d la nature traumatique ne fait point de doutes. La peau est rouge prurigineuse, il y a œdème vulvaire et quelquefois même, entre lèvres, un léger exsudat crémeux puriforme.

Cet état comporte un traitement local, ou plutôt une hygiène lo sévère; des bains amidonnés fréquents, des lavages locaux à l'eau feuilles de noyer, des changements de linge fréquents après t émission d'urine ou de matières. Interposer entre les grandes lè un linge fin imbibé d'huile d'amandes douces fraiche. Bien couvri peau malade d'une couche de liniment oléo-calcaire ou de pomm à l'oxyde de zinc au 1/4. Le traitement de l'entérite est, on le comp dra, encore plus nécessaire, pour faire cesser ces accidents, pa suppression de leur cause.

VULVITE GONOCOCCIQUE DES PETITES FILLES

Les fillettes du premier âge ou de la seconde enfance prése souvent une vulvite aiguë très suppurante, qu'il a fallu l'interver du microscope pour rattacher à sa vraie cause, le gonocoque.

Cette vulvite, très contagieuse par les contacts médiats : épo serviettes, vases de nuit, bassins, thermomètres, canules, etc.,

ue nullement une transmission directe et des contacts criminels. e vulvite, presque toujours orificielle, rarement vaginale et pro- de, vite guérie par des lavages de permanganate au 1/5000, est fré- mment épidémique dans les crèches et les services hospitaliers. 5t qu'un cas est reconnu, se défier extrêmement de la contagion. Surveiller avec le plus grand soin toute conjonctivite, même acci- ntelle, et la traiter rigoureusement dès son début. Du reste, dans cas, la propagation gonococcique aux muqueuses conjonctivales exceptionnelle.

URÉTHRITE — VAGINITE — MÉTRITE ET LEURS COMPLICATIONS

L'uréthrite, la vaginite, la métrite, par les écoulements chroniques nt elles s'accompagnent, et la stagnation du pus entre les grandes vres ou à leur surface, peuvent déterminer des irritations cutanées forme diverse, mais de cause traumatique et microbienne indiscu- ble.

Particulièrement dans certaines métrites à écoulement, on observe la face interne des grandes lèvres, des exulcérations à bords circinés, ui bientôt s'accompagnent d'hypertrophie tégumentaire et se trans- rment *in situ* en fongosités suppurantes de mauvais aspect.

Nul traitement local n'est suffisant pour faire disparaître ces acci- ents, alors que la guérison de la métrite causale les fait disparaître ns traitement local aucun.

Je n'ai pas à m'étendre ici sur le traitement causal de ces lésions, isque leur traitement relève de la gynécologie, j'insiste seulement r leur nécessité.

Par des pansements locaux avec des pâtes couvrantes très épaisses : de de zinc au 1/2, on empêchera, autant que possible, le contact du avec les muqueuses et la peau. Les lésions hypertrophiques une constituées, pourraient être traitées localement comme des végé- ons vraies (p. 471).

ESTHIOMÈNE

L'esthiomène, ulcéreux, hypertrophique, éléphantiasique des vieux eurs n'est, à mon avis, que le développement excessif des lésions e l'article précédent décrit, et dont il dit la cause. Il ne s'agit ni

de lésions exulcéreuses blennorragiques comme on l'a dit, ni, en général, du moins, de lésions tuberculeuses, ni de lésions syphilitiques, mais bien de lésions banales, hypertrophiques chroniques, invariablement dues à une sécrétion vaginale morbide. On a incriminé l'état général des patients, leur état local de saleté et le manque d'hygiène, etc., etc... Ce qu'il faut savoir c'est que la suppression des écoulements *vaginaux*, qui dans ces cas, existent toujours, amène la suppression spontanée des lésions exulcéreuses, hypertrophiques, et plus lentement de l'état lymphangitique chronique sous-jacent, cause de l'éléphantiasis locale.

Ce qu'il faut savoir aussi, c'est que tous les traitements locaux, qui peuvent être utiles comme adjuvants, échouent tant que l'écoulement *vaginal* n'est pas supprimé.

VÉGÉTATIONS

Les végétations chez la femme sont rares, en général, fréquentes seulement chez les prostituées, ce qui tend à vérifier l'opinion de ceux qui désignent les végétations sous le nom de « verrues blennorragiques ».

Chez la femme, comme chez l'homme, elles commencent par de petites tumeurs papuleuses, qui deviennent mamelonnaires, puis digitées; les végétations se multiplient et finissent par constituer une tumeur multidigitée, assez analogue à la tête du chou-fleur. Cette végétation semble en engendrer d'autres, et bientôt on peut voir l'orifice vulvaire, la face interne des grandes lèvres, la fourchette, les petites lèvres s'en couvrir. Ces végétations sont rouges, épidermisées, mais leurs surfaces accolées sécrètent une humidité puriforme, très microbienne, malodorante, et qui oblige à des soins de propreté des plus minutieux et continuels.

L'influence de la grossesse sur le développement des végétations est des plus certaines. Elles peuvent, pendant son cours, atteindre à un volume monstrueux, devenir douloureuses et exiger un traitement immédiat. Ordinairement, on les voit diminuer après l'accouchement, mais le fait n'est pas constant.

Toutes les fois qu'elles atteignent à un volume énorme, on en pratique l'exérèse, par section de leur pédicule, aux ciseaux courbes: passer les surfaces cruentées à une solution d'antipyrine à 5/10, pour arrêter l'hémorragie, diffuse, assez abondante.

ıns les cas moyens ou pour compléter les résultats de l'opération, e servira des procédés que nous avons indiqués chez l'homme. érisation de chaque végétation avec un pinceau d'ouate hydro- e humide, roulé dans de la poussière de cristaux d'acide chro- ıe. Mais il faut éviter avec soin le coulage et les brûlures de la ı voisine.

n traitement excellent que le malade peut pratiquer quotidienne- ıt est le poudrage des régions avec la poudre suivante :

Poudre de sabine	ãã 10 grammes.
Acide salicylique	
Talc de Venise	20 —

avage, avec grand soin, deux fois par jour, à l'eau coaltarée, et drage immédiat avec cette poudre, aussitôt la région sèche.

BARTHOLINITE

ne femme, le plus souvent de mœurs légères, vient au médecin se ndre d'une *grosseur* douloureuse dans l'une des grandes lèvres. t un abcès des glandes de Bartholin, le plus souvent, mais non jours consécutif à une blennorragie antérieure, souvent de vieille e.

'abcès évolue comme un abcès chaud, mais avec des symptômes tionnels subaigus. L'intervention chirurgicale est le plus souvent essaire. Si le chirurgien ne pratique que l'incision de l'abcès, il fréquent de le voir récidiver et obliger à l'énucléation de la ıde.

HERPÈS

'herpès *vulvaire* n'est peut-être pas aussi fréquent chez la femme, l'herpès progénital chez l'homme. Il occupe ordinairement la face rne et la partie supérieure d'une grande lèvre.

l se reconnaîtra à la cuisson et au prurit qui précèdent son appari- , à son apparition en vésicules distinctes et proches, qui se fusion- ont ensuite très souvent, donnant lieu à une seule ulcération à l jaunâtre, de forme polymicrocyclique, peu suppurante, plus cui- te et prurigineuse que douloureuse vraiment.

a concomitance des époques, ou de malaises, la répétition des ssées, leur identité de siège et d'évolution, l'évolution totale en

10 jours, dont 2 d'éruption, 6 d'état, 2 de régression et disparition assureront le diagnostic, et l'on ne prendra pas *le ganglion de l'herpès* qui est douloureux, pour un ganglion indicateur de chancre.

D'ailleurs l'herpès peut ressembler au chancre mou, mais non pas au chancre syphilitique.

On sait que le traitement de l'herpès est tout palliatif.

CHANCRES MOUS

Chez la femme les chancres mous s'observent en tous points des organes génitaux. Ils y gardent leurs symptômes ordinaires. Ils siègent le plus souvent à la fourchette, aux petites lèvres. On les reconnaît à leur multiplicité, à leur forme irrégulière et dentelée, à leur évidement entre des bords à pics, au liséré rouge qui cerne l'ulcération, à la suppuration abondante que celle-ci fournit. En cas de doute l'inoculation au bras (p. 475) donnera en cinq jours une certitude.

Des lavages locaux, abondants et bien faits, les pansements locaux à la pommade iodoformée, à la pommade au tannoforme, à la pommade au sous-carbonate de fer, donnent en général de bons résultats.

Surveiller attentivement l'évolution des chancres mous, quand ils surviennent chez une femme enceinte, car la grossesse est une condition étiologique, probablement seconde, mais certaine du phagédénisme.

Ne pas hésiter, dans ce cas, à traiter plus vigoureusement chaque chancre par la pâte sulfo-carbonée, en prescrivant, en même temps, des bains de siège émollients, prolongés, et des cataplasmes de fécule de pomme de terre la nuit, la région étant toutefois recouverte, au-dessous d'eux, d'une couche de pommade couvrante et antiseptique, la pommade au sous-carbonate de fer au 1/40 en particulier.

CHANCRE INDURÉ

Chez la femme, le chancre induré peut siéger en tous points des organes génitaux, à la fourchette, aux grandes et aux petites lèvres, etc. Il est le plus fréquent à la face interne des grandes lèvres. Il y présente ses caractères normaux et ordinaires (p. 472), son exulcération de surface, son induration, le ganglion inguinal correspondant, etc.

évolution aussi est celle du chancre induré normal. Un seul ctère distinctif est à mentionner, la dimension de l'induration -jacente et son absence de délimitation nette. Chez l'homme l'in- tion sous-jacente au chancre est comme une médaille cartila- use incluse dans la peau. Chez la femme c'est un œdème dur pant les 2/3 de la grande lèvre et doublant son volume. De plus induration persiste après la guérison du chancre, et la palpation etrouve plusieurs mois après Quelquefois, lorsque le chancre ré, occupe un des plis naturels de la région, il peut prendre une ne en feuillet de livre qui pourrait en imposer pour l'ulcération se du chancre mou, particulièrement à la fourchette, mais le cre induré ne suppure en aucune façon, tandis que l'ulcération hancre mou est toujours suppurante.

PLAQUES MUQUEUSES

es plaques muqueuses de l'orifice vulvaire surviennent peu après oséole et l'explosion des accidents secondaires. Elles peuvent être s ou nombreuses, petites ou grandes; quelquefois confluentes, on t les observer sur la face interne des grandes lèvres, les petites es, la fourchette, etc.

lles se caractérisent, comme toujours, par leur érosion rouge, ovale, soucoupe, bordée de gris, par leur nombre, par la concomitance autres accidents cutanés de la période secondaire, etc.

es poussées de plaques muqueuses peuvent être multiples; en éral la première est la plus forte, mais une ou deux plaques vent être aussi dangereuses que cinquante, en cas de coït.

Toujours avertir la malade de la contagion. Quand il s'agit d'une stituée, insister sur ce point, ainsi que sur les représailles que la lade pourrait encourir du fait de la transmission d'une maladie grave.

Les pansements locaux ne doivent jamais être négligés, ils peuvent inuer les chances de contagion.

Le traitement général doit toujours être prescrit sévèrement et suivi s l'œil du médecin le plus possible.

CONDYLOMES

La syphilis secondaire, surtout quand elle est floride, peut s'accom- ner de condylomes papillomateux secondaires à la région ano-

génitale, j'en parlerai en traitant de la dermatologie de la région anale (p. 508), je n'y insisterai pas ici.

DIABÉTIDES

Le diabète cause chez la femme comme chez l'homme, aux organes génitaux, du prurit, un érythème et des ulcérations.

Le prurit est souvent le premier en date, ou bien il accompagne l'érythème; le prurit est souvent terrible avec des exacerbations et des rémissions relatives. L'érythème couvre les deux grandes lèvres et les déborde. Les deux lèvres ont une teinte d'un rouge jaune un peu bistrée, la limite de l'irritation paraissant assez nette.

Les ulcérations diabétiques siègent, en général, entre les grandes lèvres et les petites, ou à la surface interne des grandes, ou à la fourchette; exulcérations douloureuses et prurigineuses, irrégulières, rougeâtres, croûteuses, peu suppurantes, peu suintantes, très lentes d'évolution. Ces divers symptômes chez une femme d'âge moyen ou mûr, un peu obèse, doivent faire rechercher le sucre immédiatement.

Le traitement local est limité aux lavages après chaque miction, aux applications de pommades couvrantes (oxyde de zinc 1/4), antiprurigineuses (phéniquées ou mentholées au 1/100) et cicatrisantes (sous-carbonate de fer au 1/40).

Le traitement du diabète fait au moins autant pour la disparition des diabétides que tous les traitements locaux réunis.

PRURIT VULVAIRE

Le prurit vulvaire est l'homologue du prurit du raphé scrotal (p. 491) chez l'homme. Il peut avoir des causes multiples : surmenage, système nerveux excité ou excitable, diabète. On sait combien les causes vraies des prurits sont obscures (p. 615) et combien on ignore le lien qui les rattache aux prurigos et ceux-ci aux eczémas (p. 616).

Quoi qu'il en soit, le prurit vulvaire est une affection de l'âge moyen ou mûr; il peut être marqué, moyen ou féroce, s'accompagner de lésions irritatives ou de nulle lésion apparente.

Quelquefois, comme le prurit scrotal, il crée à la peau un état d'œdème dur limité, avec transformation lichénienne de la peau —

en maroquin — et hyperpigmentation. Il peut y avoir usure des et des ongles par grattage.

ur le traitement : les applications de liqueur de van Swieten très des, très fréquemment renouvelées, les applications locales de ron pur ou au 1/2

Lainine	} ãã	15 grammes.
Goudron liquide purifié		

onneront du soulagement à la malade.

peut consulter en outre ce que j'ai dit du traitement du prurit al, page 491. Ne pas oublier que la valeur anti-prurigineuse des ns X s'est montrée quelquefois surprenante.

INTERTRIGO SÉNILE

intertrigo chronique, sénile, du pli du bas-ventre et des plis ingui-, chez la femme obèse, s'accompagne souvent d'intertrigo vulvaire eut poser un problème thérapeutique difficile.

y a œdème et rougeur des lèvres, prurit féroce. Les lèvres ont couleur rouge-lie de vin, indiquant une congestion intense. L'in-ance thérapeutique est absolue.

rifier les urines : S'il y a glycosurie, instituer de suite le traite- interne nécessaire. Si le prurit est extrême, faire une demi-ication radiothérapique (5 H. Holznecht, ou une demi-teinte du mètre X Sabouraud-Noiré).

s applications de nitrate d'argent au 1/20 suivies d'application de mades couvrantes sont dans les meilleurs topiques à essayer. de bons résultats, relatifs, aussi, dans ces cas, des applications ques très faibles. Exemple :

Huile de cade	} ãã	5 grammes.
Oxyde de zinc		
Ichtyol	} ãã	1 gramme.
Résorcine		
Huile de bouleau		
Vaseline	} ãã	15 grammes.
Lanoline		

ur le traitement interne des malades non glycosuriques et l'étude ale de ces intertrigos chroniques séniles voir page 297 et 302.

PSORIASIS DES GRANDES LÈVRES

Le psoriasis peut couvrir les grandes lèvres et faire le tour de l'orifice vulvaire, dans une forme qui est homologue au psoriasis scrotal de l'homme. Tout ce que j'ai dit de celui-ci reste vrai de celui-là (p. 492).

Le traitement est très difficile, et cette forme de psoriasis très intolérante. On peut en essayer le traitement par le nitrate d'argent et les pâtes couvrantes s'il y a une tendance eczématique ou bien par la chrysarobine au 1/20, et recouvrir de traumaticine, si le caractère de sécheresse du psoriasis est très accusé ; mais dans ce cas préserver la muqueuse par une pâte couvrante de l'action irritante chrysophanique.

VARIA

Pour mémoire, je mentionnerai que les grandes lèvres peuvent être atteintes comme tous points du corps de *lupus tuberculeux*, d'*épitheliomas*, de *syphilides tertiaires*, scléreuses ou gommeuses, sans que ces lésions présentent, en ce point, de caractéristiques spéciales et vaillent plus qu'une mention. (Voir *Esthiomène*, p. 495).

ANUS

La pathologie dermatologique de l'anus est des plus complexes et, nme celle de beaucoup d'autres régions, elle peut être divisée en apitres correspondant à l'âge des patients.

I. *L'enfance peut présenter, dès les emiers mois qui suivent la naissance, e éruption anale de* **syphilides secondaires.**	**Syphilis du nourrisson. . . . . . . p. 504.**
Le nourrisson en état d'entérite présente **e épidermite anale et péri-anale** *dont la leur séméiologique est grosse pour le édecin. . . . .*	**Dermite des entérites. . . . . . . p. 505.**
La région marginale de l'anus présente, uvent aussi, une **dermite polymorphe** *pa-leuse, circinée, figurée, très syphiloïde aspect. . . . .*	**Dermite simple polymorphe. . . . . p. 505.**
Enfin la deuxième enfance présente sou-nt en dehors du **prurit anal simple,** *lié à la nstipation habituelle,* *... un prurit parasitaire dû à la présence* **s oxyures vermiculaires. . . . .**	**Prurit des oxyures. p. 506.**
II. A côté de ces lésions anales, plus équentes chez l'enfant, d'autres peuvent ister, à tout âge, mais plus ordinaire-ent chez l'adulte, comme les hémor-ïdes.	**Hémorroïdes. . . . p. 506.**
... comme le chancre induré.	**Chancre induré. . . p. 507.**
... ou les syphilides secondaires, plaques uqueuses et condylomes.	**Syphilis secondaire. p. 507.**
... ou encore comme les chancres mous même siège, les chancrelles.	**Chancres mous. . . p. 509.**
... qui s'observent quelquefois sous la rme **phagédénique.. . . . .**	**Phagédénisme. . . p. 510.**
... ou même les lésions anales consécu-tes à la **rectite blennorragique.** *Bien que lles-ci relèvent de la chirurgie surtout, es doivent être connues des dermatolo-ites et nous en dirons quelques mots . .*	**Rectite blennorragique. . . . . . p. 510.** **Rétrécissement inflammatoire. . . p. 511.**

III. Le **prurit anal**	**Prurit idiopathique.** p. 511.
... *Les* **fissures**, **l'eczéma chronique interfessier** *sous la forme sèche et calleuse, anciennement appelée* **lichen chronique** . . .	**Fissure anale.** . . . p. 512. **Eczéma du pli fessier.** . . . . . . p. 512.
... *et les fissures intertrigineuses et l'*intertrigo *dont ils s'accompagnent, forment un ensemble symptomatique fréquent et important à connaître, plus fréquent dans l'âge mûr*.	**Intertrigo.** . . . . p. 513.
... *comme du reste la* **syphilose ano-rectale tertiaire** *fréquemment désignée sous le nom de rétrécissement anal*.	**Rétrécissement syphilitique rectal.** p. 513.
... *et le cancer ano-rectal*.	**Cancer ano-rectal.** . p. 514.
... *et les* **tuberculoses anales et fessières** *très polymorphes et souvent cause d'erreurs diagnostiques sérieuses. On voit par ce résumé l'importance de la pathologie dermatologique de cette région*.	**Fistule anale.** . . . p. 515. **Tuberculose verruqueuse.** . . . . . p. 515. **Tuberculose ulcéreuse.** . . . . . p. 516. **Lupus.** . . . . p. 517. **Tuberculides circinées extensives.** . p. 518. **Tuberculose ano-rectale.** . . . . . p. 518.

SYPHILIDES SECONDAIRES ANALES ET PÉRI-ANALES DU NOURRISSON

On les observe chez des enfants que la syphilis héréditaire a déjà réduits au type bien connu du petit vieux, à peau ridée, flasque et trop grande pour le corps qu'elle recouvre; ou bien chez des enfants normaux qui semblent avoir, jusqu'au moment de leur naissance, échappé à l'influence du virus syphilitique. La région fessière est plus ou moins couverte d'éléments secondaires du type de la « plaque muqueuse cutanée », c'est-à-dire de la papule secondaire exulcérée, rose, un peu saillante, humide, quelquefois bistrée.

Ces lésions souvent sont d'autant plus nombreuses qu'on examine la région plus près de l'anus. On en trouve souvent dans les plis radiés; elles peuvent y être confluentes; alors elles y sont hypertrophiques et presque condylomateuses.

Le corps examiné montre une pareille éruption du visage, des paupières et des commissures buccales. Les commémoratifs et enfin l'examen des parents et de la nourrice, s'il y a lieu, appuieront un diagnostic incertain.

e traitement minutieusement suivi par la liqueur de Van Swieten : r p. 726) ; l'alimentation lactée exclusive, au lait maternel, s'il se t, au lait animal dans le cas contraire (chèvre, ânesse, si possible, de vache plus ou moins coupé d'eau bouillie suivant l'âge) ; enfin uppression de l'allaitement par la nourrice lorsqu'elle est supposée ie et sa mise en surveillance attentive sont les mesures qui s'imposent.

ÉPIDERMITE ANALE DES ENFANTS ATTEINTS D'ENTÉRITE

n des meilleurs signes de l'entérite chez les enfants du premier . c'est l'*épidermite anale et péri-anale*.

ans les cas les plus simples et les plus cachés, l'écartement des radiés montre une rougeur et un état fissuraire léger à peine loureux pour l'enfant.

ans les cas plus sérieux, il y a de l'eczéma interfessier, de ythème de toute la marge de l'anus avec un état intertrigineux nino-scrotal ou vulvaire.

et état peut être le point de départ d'une eczématisation plus ou ins suintante de ces régions et des régions circonvoisines. Rarent c'est le départ d'un eczéma extensif. Et l'eczéma même génésé, qui suit ou accompagne les troubles digestifs du premier âge, ute ordinairement par le visage.

e traitement local est simple : propreté extrême, balnéation, mades couvrantes

Oxyde de zinc	10 grammes.
Vaseline	30 —

oudrer, de préférence avec la poudre de lycopode.

l va sans dire que le traitement par excellence de ces éruptions est raitement intestinal, mais celui-ci ne rentre pas dans le cadre de volume.

DERMITE SIMPLE POLYMORPHE DE L'ENFANT

RYTHÈMES FIGURÉS. — SYPHILOÏDE POST-ÉROSIVE CIRCINÉE DE JACQUET

ns un très grand nombre de cas les dermites fessières de l'enfant nent une forme spéciale qui peut en imposer pour des syphilides daires. L'érythème simple dont nous avons parlé se complique

de lésions superficiellement érosives, rondes, très légèrement papuleuses, mais bien plus roses et moins cuivrées que les mêmes lésions syphilitiques, souvent disséminées sur un fond d'érythème diffus, et d'autant moins nombreuses sur les fesses, les hanches, les flancs, les cuisses, que l'on envisage un point plus distant de l'anus. Ces éruptions assez polymorphes parce que les lésions s'entremêlent à des stades différents, s'accompagnent de prurit, de cuisson. Elles semblent être des lésions abortives d'impétigo, entées sur l'érythème fessier que nous avons étudié plus haut. J'en reparlerai en étudiant la région fessière (p. 574).

Traitement. — Lavage à l'eau d'Alibour (sulfate de zinc en solution aqueuse au 1/100) et pommades couvrantes : oxyde de zinc 7.50. Balnéation ; pas trop de savonnages et pas d'applications réputées antiseptiques, et en réalité irritantes.

PRURIT ANAL AVEC OXYURES VERMICULAIRES

C'est une affection assez rare à ce qu'il m'a semblé, car je ne l'ai vue que deux fois. L'anus est le siège de démangeaisons perpétuelles ; on l'examine, il desquame, il est rouge, et ses plis écartés contiennent de l'épiderme macéré. Les parents disent que l'anus laisse fréquemment échapper de petits vers de 1 centimètre de long, et que l'enfant se gratte perpétuellement, surtout le soir.

Traitement. — 1/4 de lavement avec 50 centigrammes de sulfate de quinine et pommade dans l'anus :

Tannin à l'éther.	} āā 50 centigrammes.
Calomel à la vapeur	}
Vaseline	50 grammes.

HÉMORROÏDES

Les hémorroïdes sont de tout âge et des deux sexes. Dans leur forme habituelle, la seule pour laquelle un dermatologiste soit consulté, ce sont de petites tumeurs, grosses comme une demi ou une cerise, molles, que la pression vide, et qui se regonflent au moindre effort. Leur couleur est celle de la peau du voisinage, car ce sont des varices profondes, et non intra-cutanées, ou immédiatement sous-cutanées qui les constituent. Tantôt il existe une, deux ou trois de ces tumeurs entre les plis radiés, tantôt l'une fait saillie dans l'anus même, en

hémorroïdes internes peuvent faire issue dans l'orifice anal pen-t un effort ou n'être appréciables qu'au toucher.

es symptômes douloureux sont variables, surtout marqués pendant léfécation et chez les hémorroïdaires qui sont constipés. Les hémor-ïes sont rarement fréquentes et abondantes; elles accompagnent la écation.

es hémorroïdes viennent par crises et disparaissent pour revenir, f dans les cas sérieux pour lesquels le chirurgien est seul consulté.

Traitement. — Balnéation, bains locaux tièdes ou froids, 1/4 de ement froid, surtout le soir; applications locales d'onguent popu-m, de pommades très légèrement belladonées, etc.

SYPHILIDES ANALES. — CHANCRE INDURÉ

On peut observer à l'anus; le chancre induré, des plaques muqueuses, papules ulcérées ou non, et des condylomes sur la nature syphili-ue desquels on n'est pas fixé, mais qui accompagnent les syphilides ondaires florides, principalement chez la femme : (condylomes ano-lvaires).

Le chancre induré est ordinairement situé dans l'anus même, sur pli de l'orifice anal. Il a ses caractères normaux : l'induration, ulcération de surface, l'absence de suppuration et même de suin-nent, la guérison spontanée. Il est très souvent pris de bonne foi ur une hémorroïde par la malade ou le malade et trop souvent ssi par le médecin. A l'anus comme ailleurs, le chancre induré est linairement solitaire. Son ganglion indicateur est situé près de pine iliaque antéro-supérieure, dans le groupe externe des ganglions uinaux.

Le chancre anal ne comporte aucune médication *locale* particulière.

PLAQUES MUQUEUSES

Les plaques muqueuses sont généralement disposées en rayons vant les plis radiés; elles peuvent être plus ou moins nombreuses, ement cohérentes, très souvent discrètes.

Le diagnostic avec les chancres mous est fait par l'absence des ds talués de la chancrelle et de sa suppuration, la coexistence de hilides secondaires cutanées ou muqueuses d'autres sièges, la yadénite, etc.

Le traitement local, par les attouchements de crayon de nitrate d'argent, donne les mêmes résultats ici que partout ailleurs. Cette localisation syphilitique ne comporte pas d'indication thérapeutique générale qui lui soit particulière.

PAPULES SYPHILITIQUES SECONDAIRES

Elles existent souvent à la marge de l'anus sous une forme exulcérée particulière. Ces papules, plus ou moins saillantes, (1-2 millimètres), souvent assez larges (3-4 millimètres), gardent quelquefois leur épiderme. Elles ont alors leur couleur jambonnée, ou brunâtre caractéristique. Mais elles sont souvent exulcérées comme le chancre, et comme lui humides, non suintantes.

Chez les gens malpropres, cette éruption dite de plaques muqueuses cutanées, peut être floride, et atteindre à un degré de confluence extrême, non seulement dans la région péri-anale, mais dans toute la région inguino-vulvaire et ano-vulvaire. C'est chez la femme, qu'on peut les voir à leur plus haut degré de confluence et de sordidité. Il y a macération et épidermite intertrigineuse des plis. C'est dans ces conditions que se développent les condylomes dont nous parlerons tout à l'heure.

Le traitement des syphilides secondaires florides comprend la balnéation, la cautérisation des lésions au nitrate d'argent, et l'application de pâtes couvrantes ou de poudres isolantes :

PATE

Oxyde de zinc	ãã P. E.
Vaseline	

POUDRE

Talc de Venise	ãã P. E.
Oxyde de zinc	

soigneusement nettoyées tous les jours, soit au savon, soit à l'huile d'amandes douces fraîche, 2 fois le jour.

LES CONDYLOMES

Les condylomes sont des productions plus ou moins saillantes, pédiculées, de consistance demi-molle, de forme souvent polyédrique par pression des fesses, entre lesquelles elles se développent. Leur masse

igitée, coupée de scissures, de surface velvétique, presque papil-
lleuse, rose, incomplètement épidermisée et suintante.

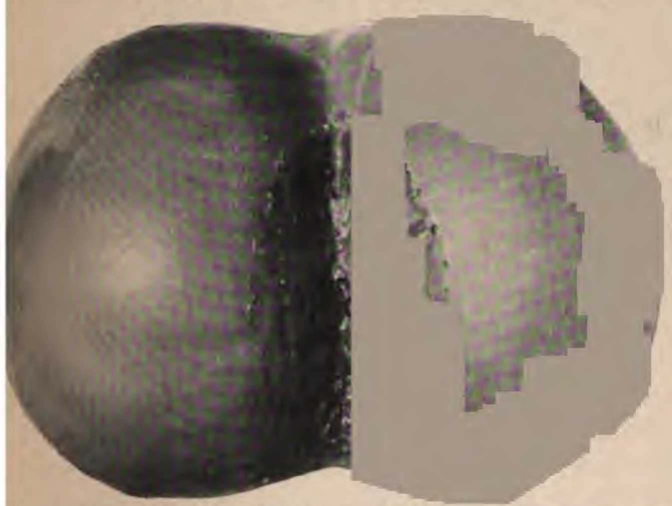
s condylomes paraissent se développer par la macération des
ns syphilitiques dont la description précède, car c'est toujours dans
onditions qu'ils s'observent. Quand on les voit pour la première
ils baignent dans le pus qui couvre l'épiderme exulcéré, et, de
s ces lésions mélangées, s'exhale une odeur infecte.

seuls soins d'hygiène : lavages, savonnages, application de pâtes
antes, poudrages, font disparaître les condylomes, mais il est
imple de les abraser un par un aux ciseaux et de cautériser
ied au nitrate d'argent avant d'appliquer les topiques mentionnés
aut (p. 496).

quelques jours on ramène toutes ces lésions aux lésions de la
s secondaire simple dont nous avons parlé tout d'abord.

CHANCRES MOUS

hancres mous de l'anus ne sont pas très rares ; ils sont toujours
es, souvent disposés en rayons de roue, dans les plis radiés.



186. — Chancres simples multiples de la marge de l'anus. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 647.)

cas, ces chancres ont ordinairement 5 à 10 millimètres de long
4 de large. Chacun a donc une forme allongée, ils présentent

leur bord sinueux avec un liséré rouge, étroit comme un fil, ces bords sont taillés à l'emporte-pièce, de 1 millimètre ou 2 de hauteur. Le fond de l'ulcération est recouvert d'une couche de pus adhérent et que le nettoyage de l'ulcération n'enlève pas.

Ces chancres peuvent se réinoculer plus ou moins dans la région de la marge de l'anus et sur toute la surface d'accolement des deux fesses. Ils ne donnent pas plus souvent lieu au chancre ganglionnaire de l'aine que les chancrelles de la vulve ou de la verge.

Le traitement ne diffère pas de celui de la chancrelle de la verge (p. 475), mais oblige le médecin à passer une forte mèche dans l'anus pour empêcher l'affrontement des plis. La mèche peut être graissée de pommade iodoformée au 1/10, ou de pommade au minium cinabre au 1/100 ou au sous-carbonate de fer au 1/40.

CHANCRE PHAGÉDÉNIQUE

Le chancre phagédénique n'est jamais un chancre induré, ce peut être un chancre mixte, c'est le plus souvent une chancrelle.

Le phagédénisme s'observe ordinairement chez la femme enceinte, ou dans des conditions locales d'absolue sordidité, quelquefois sans cause perceptible. La détersion minutieuse à l'éther camphré à saturation, ou à l'eau oxygénée à 12 volumes, et le pansement à la pommade au sous-carbonate de fer au 1/40, suffiront d'ordinaire à arrêter le phagédénisme commençant. Dans le cas contraire, j'essaierais l'action des rayons X comme dans le cancroïde (6 teintes H du radiomètre X) chacune à 20 jours d'intervalle, mais sans avoir, quant à présent, la certitude de leur efficacité.

RECTITE BLENNORAGIQUE

La rectite aiguë blennorragique, assez rare, peut s'observer, en concomitance des unes ou des autres, des lésions précédemment décrites. C'est l'examen du pus et la présence du gonocoque, à foison, dans les globules blancs qui certifie le diagnostic. A l'état chronique, elle peut conduire à la rectite proliférante et au rétrécissement inflammatoire simple.

Le traitement ressortit plus au chirurgien qu'au dermatologiste. Lavages rectaux avec permanganate au 1/5000.

RÉTRÉCISSEMENT ANO-RECTAL INFLAMMATOIRE SIMPLE

Il existe une rectite chronique proliférante qui couvre la muqueuse rectale de fongosités mollasses et saignantes. Cette rectite chronique d'origine première ordinairement blennorragique n'est pas une maladie dermatologique et échappe au cadre de ce volume. Elle peut déterminer une dermite du pli interfessier qui sera traitée comme il sera dit plus loin (p. 512-513).

PRURIT ANAL

Il existe un prurit anal, que l'on appelle idiopathique parce qu'on ignore sa cause, et qu'il existe sans lésion du voisinage qui en définisse la nature. Le prurit est extrême, il revient par crises surtout nocturnes, souvent très intenses et conduisant à un grattage forcené. Le grattage qui détermine quelquefois des érosions, provoque une sensation quasi voluptueuse et soulage le prurigineux pour un temps.

L'examen de la région montre souvent l'épiderme anal macéré, blanchâtre, un peu épaissi et strié de stries concentriques — avec des déchets épithéliaux dans les plis radiés.

Quand le prurit n'existe qu'à l'anus, son traitement par excellence consiste en applications locales de *goudron de pin maritime*, soit pur, soit en pommades :

Goudron liquide purifié	10 grammes.
Lanoline.	20 —

Ou bien :

Beurre de cacao	ãã 20 grammes.
Goudron liquide purifié	

Ces applications, souvent très cuisantes, produisent un soulagement presque immédiat et en peu de semaines une guérison durable dans beaucoup de cas.

Quand le prurit est généralisé, les mêmes préparations peuvent apporter du soulagement, mais le traitement général par la Darsonvalisation ou les rayons X devient primordial.

FISSURE ANALE

La fissure anale est une complication de divers d
de la région : rectite, eczéma anal, prurit anal, etc...
guère que chez les nerveux. La fissure peut deven
dimension et de profondeur considérables; elle peut ê
minuscule, dissimulée dans un pli.

La fissure est l'origine d'un réflexe de constrictio
plus douloureux que la fissure elle-même. Cet accid
pathologie externe; je n'insiste que sur la nécessit
d'un traitement immédiat. On préconisait autrefois la
sous le chloroforme. Aujourd'hui il faut essayer d'a
tion qui suffit souvent.

ECZÉMA DU PLI FESSIER ET DE L'ANU

Il y a des cas où le prurit anal, avec tous ses carac
décrits, s'observe en même temps qu'un eczéma chron
sier. Celui-ci occupe le pli fessier, depuis l'anus jusqu'
sacrum, et déborde même sur la région sacrée, où
deux placards rouges, saillants, chroniques de durée,
induration dermique notable et recouverts de squam
riasiformes. D'autres fois les placards sont lichénisés,
quetés, de surface plate et brillante, partagée en ca
par des stries sèches non fissuraires, quadrillées (lic
p. 616).

Cette lésion se continue avec ses caractères jusqu
comme une lésion indurée, en cordon, occupant le f
fessier, tantôt comme une lésion plate, en feuillet d
fissure au pli interfessier.

La lésion anale est celle que nous avons décrit
idiopathique. Le traitement anal reste le même que
traitement des lésions eczématiques (?) du pli et de la
difficile. Ce qui donne en général les meilleurs rés
plication de pommades cadiques complexes.

Huile de cade.	ãã
Lanoline.	
Ichtyol	ãã
Huile de bouleau	
Résorcine	

progressive, survenant par crises, et qui peut même obliger le chirurgien à pratiquer l'anus iliaque.

Le traitement syphilitique, même intensif, atteindrait sans doute mieux la lésion jeune, qu'il ne peut dissoudre le tissu fibreux une fois constitué.

Le dermatologiste dans cette occurrence ne peut qu'établir le diagnostic, instituer le traitement interne intensif et, quand il n'est pas suivi de résultats, recourir au chirurgien.

Sous la rubrique : Syphilome rectal, que l'on croyait fréquent et qui est rare, on confondait jusqu'à ces dernières années beaucoup de cas de tuberculose ano-rectale et quelques rétrécissements inflammatoires simples ou post-blennorragiques (p. 511).

Le traitement comprendra les piqûres hebdomadaires de 0,08 centigrammes d'huile grise au 1/40, et l'on conseillera 1 à 4 grammes d'iodure de potassium par jour. Les lavements huileux, purgatifs, les laxatifs, doivent être employés constamment pour éviter l'obstruction.

Le traitement local est limité à l'emploi des antispasmodiques et des calmants : suppositoires à la belladone, à la cocaïne, etc., qui ne sont que des palliatifs.

CANCER ANO-RECTAL

Le cancer de la région ano-rectal n'est pas rare et son diagnostic avec les lésions inflammatoires simples chroniques, syphilitiques et tuberculeuses peut présenter de grandes difficultés.

Quelquefois c'est un carcinome squirrheux en virole, d'autres fois c'est un épithélioma latéral qui peut évoluer vers la peau et infiltrer la marge de l'anus : épithélioma en nappe : chorio-épithéliomatose analogue à celle du sein. Enfin on a pu y rencontrer de très rares cas de maladie de Paget (p. 560).

Dans ce seul cas cette affection confine aux maladies dermatologiques de la région, on nous excusera donc de ne pas insister davantage sur ce diagnostic et le traitement d'affections qui sont avant tout chirurgicales.

LÉSIONS TUBERCULEUSES ANO-RECTALES

ABCÈS DE LA MARGE — FISTULE — TUBERCULOSE CUTANÉE HYPERTROPHI[...] ULCÉREUSE — LUPUS — TUBERCULIDES CIRCINÉES EXTENSIVES A DÉBUT AN[...]

TUBERCULOSE ANO-RECTALE

bcès de la marge. Fistule. — Ce type morbide peut survenir nilieu de la plus parfaite santé générale, et c'est le cas le plus naire, ou, au contraire, chez un tuberculeux avéré.

quelque distance de l'anus, apparaît une saillie obtuse, ayant tous caractères inflammatoires : *tumor, rubor, calor, dolor*; on constate a fluctuation, on ouvre; l'abcès guérit à peu près comme un abcès ud. Mais une fistule persiste qui donne, ou bien, chaque jour, une tte de pus, ou bien après un temps passé sans écoulement, un vel abcès, de mêmes symptômes et de même marche plus ou moins gtemps après le premier. En cas de diarrhée, cette fistule peut ser passer des matières.

'exploration de la fistule, à la sonde cannelée, conduit celle-ci dans le tum. Avec un doigt de la main gauche on couvre le bec de la sonde n le ramène au dehors. Un coup de bistouri suivant la rainure de onde transforme le trajet fistuleux en plaie ouverte dont on cauté- le fond aux deux crayons. Quand la fistule a plusieurs trajets, ou fices, on recommence la même manœuvre pour chacun. La guérison de règle, la récidive est possible, assurée si l'on a oublié l'ouver- e de quelque trajet.

La nature tuberculeuse de la fistule anale vulgaire est certaine, et clinique avait depuis longtemps remarqué que la fistule anale pré- lait souvent la tuberculose pulmonaire. Ne pas négliger cet avertis- nent et conseiller d'emblée au malade la suralimentation, etc.... a fistule anale est parmi les tuberculoses locales les plus bénignes tablit un lien entre les tuberculoses chirurgicales de la région et es qui sont plus spécialement du ressort du dermatologiste.

uberculose cutanée hypertrophique verruqueuse ou ulcéreuse. Assez rarement naît, soit à l'orifice d'une fistule, soit à l'orifice anal nême, une tuberculose du type hypertrophique, papillomateux, uent au dos de la main et du pied, et qui n'est pas sans ressem- beaucoup aux condylomes syphilitiques secondaires de la région. ont des choux-fleurs plus ou moins gros, nombreux et non pédi- s, ayant d'ordinaire une base d'implantation aussi large qu'eux. ôt leur surface est villeuse, coupée d'incisures et de sillons, tantôt ont partiellement constitués par un tissu mollasse de fongosités.

En face de cette forme hypertrophique, il faut placer une forme ulcéreuse très mal connue et qui n'est pourtant pas très rare. L'ulcération naît à l'anus même, et se développe, latéralement, en empiétant sur une fesse. Cette ulcération est creuse, profonde, de surface raboteuse, à fond gris, sanieux ou purulent, dont l'abstersion complète est

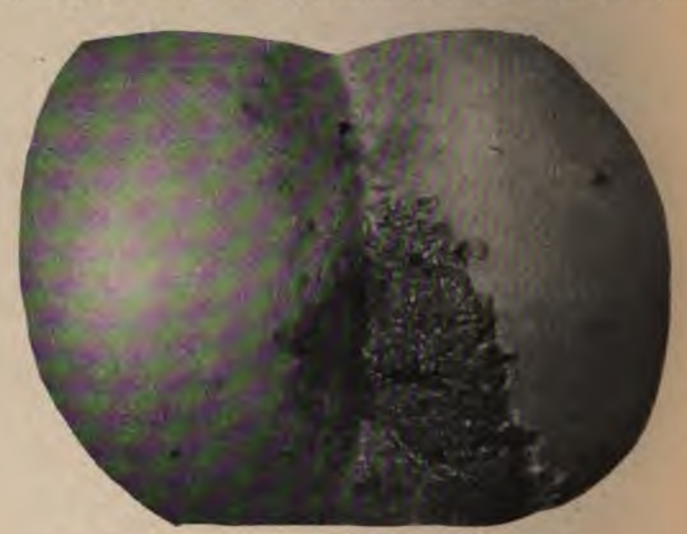


Fig. 187. — Tuberculose verruqueuse de l'anus. (Malade de Morestin. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 2220.)

impossible ; le bord est épais, calleux, induré, sa surface vers l'ulcère est le siège d'un travail nécrotique incessant et progressif. Les phénomènes douloureux sont ordinairement peu marqués dans ces deux formes, sauf quand l'ulcération se prolonge dans l'anus ou vers le scrotum.

La forme hypertrophique est aisément curable, par exérèse, et double cautérisation aux deux crayons de nitrate d'argent et de zinc. S'il reste une induration intra-tégumentaire, on la traite par la galvanopuncture.

La forme ulcéreuse est beaucoup plus grave. L'exérèse chirurgicale large doit être préférée toutes les fois qu'elle est possible, avec surveillance attentive de la plaie en cicatrisation et cautérisation immédiate des points douteux qu'elle pourrait présenter.

En dehors de l'exérèse, il faudrait pratiquer, au galvano-cautère, sous le chloroforme, la destruction large du bord talué et la cautérisation minutieuse du fond de l'ulcère. Ces cas bien traités, quoique graves

de développement rapide, guérissent fort bien. J'ai plusieurs fois vu s pièces, provenant d'une exérèse chirurgicale, m'être adressées mme épithélioma. C'est une erreur que le plus simple examen bac-

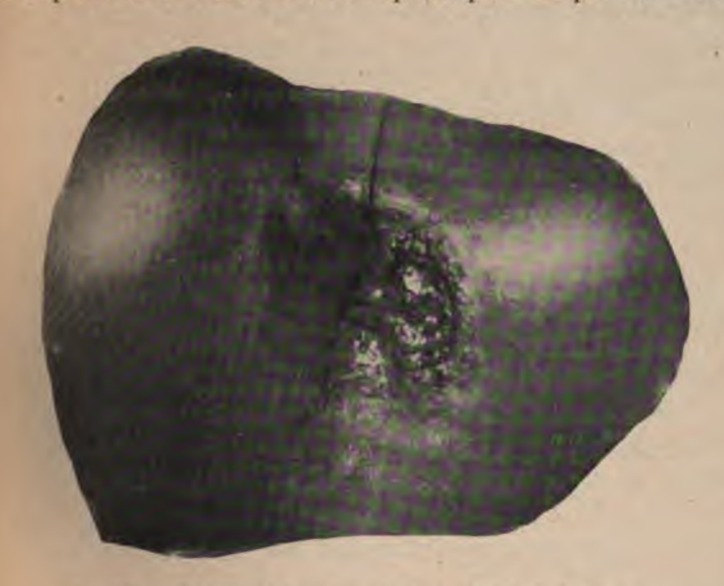


Fig. 188. — Ulcération tuberculeuse de l'anus. (Malade de Martineau. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 511.)

ériologique éviterait, car la paroi nécrotique du bord de l'ulcère ourmille de bacilles tuberculeux. Aucune lésion tuberculeuse n'en contre autant.

Lupus. — Le *lupus tuberculeux* existe à l'anus, mais en cette égion c'est un type dermatologique rare. Il n'y affecte pas de œurs particulières; son début est anal et son développement ordi- irement unilatéral. C'est un placard d'œdème congestif chronique, nité, et faisant au-dessus de la peau une saillie légère. Sous l'épi- rme corné, vernissé, apparaissent les tubercules, disséminés, et la ession d'une lame de verre les fait plus visibles en atténuant la ngestion des tissus voisins.

Le traitement ne comporte pas d'indications spéciales. C'est exacte- ent le traitement du lupus du visage, à sa première période : Photo- érapie de Finsen, et, quand cela est impossible, cautérisations galva- ques, en séances régulièrement espacées. Le lupus tuberculeux de

cette région, en général, n'a pas de tendance à prendre la forme ulcéreuse.

Tuberculides circinées extensives. — Les tuberculides de type anormal et rares se rencontrent en cette région de l'anus moins rarement que partout ailleurs. Ces éruptions peuvent prendre des formes diverses, principalement celle d'un grand cercle presque régulier, liséré de rouge, semé de très petits nodules roses, saillants, disséminés. Le cercle ayant 8 à 12 centimètres de diamètre, est tracé sur une fesse et se rattache à l'anus par une sorte de prolongement qui semble dessiné au crayon. Cette lésion peut coexister avec d'autres de même nature, disséminées, de-ci, de-là, autour d'elle. Le traitement doit être le même que celui des lupus.

Tuberculose ano-rectale. — C'est l'homologue du syphilome ano-rectal étudié plus haut. Elle est beaucoup plus fréquente que lui et s'accompagne des mêmes symptômes fonctionnels. L'évolution est analogue, le diagnostic est fait par l'extirpation et l'examen d'une fongosité ou par l'examen direct de l'écoulement glaireux qui s'observe d'ordinaire en concomitance de cette lésion. Le traitement est chirurgical.

BAS-VENTRE

PÉDICULOSE

La région pubienne est le siège fréquent d'une phtiriase qui a pour …ause un pou spécial — le morpion — *Pediculus pubis* (fig. 189).

Ce parasite, très distinct du pou de tête et du pou des vêtements, a pour caractéristiques, comme tous les pédiculidés parasites de l'homme, des antennes à cinq articles et des pattes à une seule griffe, mais tandis que les poux du corps et de tête ont le thorax plus étroit que l'abdomen, le *pediculus* ou *phtirius pubis* l'a, au contraire, plus large.

Comme les autres poux, celui-ci se reproduit par des lentes, un peu plus petites que les lentes du pou ordinaire, mais de même forme et collées au poil de la même manière (fig. 70). Le morpion est presque constamment aplati et collé contre la peau, s'accrochant avec ses quatre pinces, en sorte que l'extirpation en est incommode et un peu sensible. Il est extrêmement difficile à un œil inhabitué de l'apercevoir, car il bouge peu et ne fait sur la peau entre les poils qu'une minuscule tache grise, crénelée.



FIG. 189. — Morpion. — *Pediculus pubis*. (Préparation et photographie de Noiré. Grossissement : 40 diamètres.)

Il est trahi par ses œufs, gris, brillants, attachés à la base du poil, très adhérents à lui. A distance, autour du pubis et sur les cuisses, on voit aussi, quand la pullulation des parasites a été considérable, des « taches bleues », macules bleuâtres, ardoisées, pâles, larges de 3 à 5 millimètres, à bords estompés et qui correspondent à une intoxication de la peau par un poison que la piqûre du parasite y fait pénétrer. Il est possible que la pullulation excessive du morpion puisse provoquer l'éclosion d'une folliculite staphylococcique, mais le fait est rare.

Le traitement traditionnel des morpions par l'onguent gris (ou napolitain, onguent mercuriel double) ne va pas sans inconvénient : certaines peaux font alors une dermite rouge, hydrargyrique, fort douloureuse, et qui dure 4 à 10 jours, lorsque l'onguent a été laissé sur la peau 12 ou 24 heures sans savonnage : une application de 2 heures suffit. Les lotions alcooliques au sublimé doivent être concentrées à 1 pour 100 pour réussir et risquent le même inconvénient ; elles ont

en outre celui de ne pas réussir sûrement, et de ne pas détruire les œufs. Un moyen que j'ai utilisé plusieurs fois, est de faire épiler, par un épileur professionnel, les poils portant des œufs et enlever à la pince les parasites eux-mêmes. Ce moyen peut être employé chez les gens à peau très sensible et qui se sont aperçus de leur phtiriase dès son début, ce qui est fréquent, car le *pediculus pubis* est de toutes les classes sociales, même des plus aristocratiques et des plus propres.

Un moyen que j'ai déjà mentionné c'est le lavage local avec un tampon d'ouate hydrophile largement imbibé de *xylol* ou d'*éther de pétrole*. Ce lavage est très cuisant, mais rarement suivi d'épidermite traumatique, vite calmée. Il tue sans faute tous les parasites, mais ne détruit pas tous les œufs d'une façon absolument sûre, et l'on doit pendant quelques jours surveiller leur éclosion possible.

GALE

La gale a pour le bas-ventre, les parties génitales (p. 470) et la racine des cuisses, une prédilection.

Ces lésions, ordinairement les premières en date, et que beaucoup de cliniciens considèrent comme plus caractéristiques que les lésions classiques des mains, constituent ce qu'on appelle communément le « caleçon » de Hebra. Ce sont des lésions de prurigo et surtout des lésions de simple grattage. Il faut un œil très habitué ou un hasard pour retrouver parmi elles des sillons vrais, évidents, mais la topographie des lésions est déjà une présomption sérieuse; le diagnostic se complète par l'examen plus attentif du fourreau de la verge (p. 481), du gland (fig. 180), du poignet, de la paume des mains (p. 570) et des espaces interdigitaux (p. 587).

Traitement de la gale (p. 605).

FOLLICULITE — SYCOSIS

On voit quelquefois, et, à ce qu'il semble plus souvent chez la femme, une dermite de la région pubienne, pilaire. C'est, comme certains sycosis de la barbe, chez l'homme, une épidermite rouge, desquamative ou suintante suivant le cas, sa date, son intensité; et cette dermite de surface est parsemée de folliculites disséminées. Les follicules atteints suppurent peu, mais restent rouges et chroniquement enflam-

més. C'est une affection longue, pénible, et de traitement difficile.

Les lotions soufrées :

Soufre précipité	10 grammes.
Alcool à 60°	10 —
Eau distillée	100 —

sont mal tolérées, les pommades soufrées très douces le sont quelquefois un peu mieux.

Cérat de Galien	ãã 15 grammes.
Vaseline	
Soufre précipité	50 centigrammes.

Souvent les meilleurs topiques sont les pommades composées, goudronnées du type :

Goudron liquide	5 grammes.
Lanoline	40 —
Ichtyol	ãã 1 gramme.
Résorcine	
Huile de bouleau	

On les combine avec l'épilation des poils qui centrent les principaux points de folliculites. Mais la formule correspondante en est souvent à rechercher, pour chaque cas particulier par tâtonnement. Dans les cas où les folliculites sont accessoires et la dermite de surface très eczématisée, suintante, les applications de nitrate d'argent 1/15 à 1/5 sont recommandables.

Les pustulations folliculaires aiguës ou chroniques peuvent s'observer quelquefois dans la région pubienne, chez des individus qui présentent chroniquement des sycosis de la barbe, de la nuque et des sourcils. Il s'agit de cas chroniques dans lesquels la dépilation par les rayons X semble être le recours unique (une teinte B du radiomètre X sur chaque surface à dépiler).

En dehors de ces cas très rares, on peut voir naître en cette région une hydrargyrie pustuleuse aiguë, consécutive à l'application d'onguent napolitain, contre des morpions, (p. 519). Traiter par les antiphlogistiques d'abord, ensuite par les pâtes couvrantes (oxyde de zinc 1/5), enfin par l'épilation, si certaines folliculites tendent à devenir chroniques.

PITYRIASIS SIMPLEX

[L]e bas-ventre, autour de la région pubienne, est assez souvent le lieu [d'é]lection de quelques lésions élémentaires, isolées, de types cliniques [qu]i n'ont aucune tendance à se généraliser en ces régions : ainsi on [voi]t quelquefois, au-dessus du tiers externe du pli de l'aine, des lésions [pi]tyriasiques appartenant au *pityriasis simplex* (p. 251).

Ce sont de petites taches orbiculaires, allongées, roses, squameuses [sur] leur pourtour, et dont les squames libérées par leur bord central [so]nt adhérentes par la périphérie. Il en existe, une, deux ou trois, de [ch]aque côté du bas-ventre ou d'un seul. Une lésion s'atténue, une [au]tre apparaît. Les squames au toucher paraissent un peu grasses. A [l'e]xamen microscopique elles montrent le *parasite de Malassez*, [(p]. 251) caractéristique du pityriasis simplex capitis, dont ces élé[m]ents représentent des lésions aberrantes.

Par elles-mêmes, elles n'ont aucune importance, elles tirent leur [se]ule valeur des erreurs qu'elles peuvent faire commettre. Elles sont [en] général confondues avec toutes les lésions analogues sous le nom [co]mmun de séborrhéides.

Traitement : friction d'abord avec

Teinture d'iode	20 grammes.
Alcool à 60°	80 —

[en]suite pommade :

Calomel à la vapeur	ãã 30 centigrammes.
Tannin à l'éther	ãã 30 centigrammes.
Vaséline	30 —

PITYRIASIS ROSÉ

[E]n général, le *pityriasis rosé* de Gibert ne présente aucune particu[lari]té propre, en cette région (p. 588). Mais il existe des pityriasis rosés [rég]ionaux, limités à 2 ou 3 lésions, méconnues de presque tous les [der]matologistes, et dénommées séborrhéides, comme les précédentes. [E]lles ont tout à fait les caractères objectifs des taches du pityriasis [rosé] : taches orbiculaires, d'un violet pâle, moirées sur leur surface [b]ordées d'un liséré de squames en dentelles. L'histologie montre [l'ide]ntité de ces lésions avec celles des pityriasis rosés généralisés.

La durée de l'affection reste celle des pityriasis rosés ordinaires. Ces taches demeurent sur place environ 2 mois et s'effacent lentement. La thérapeutique est inefficace et inutile. Mais ces lésions sont irritables et peuvent être eczématisées; il ne faut donc pas employer contre elles des topiques actifs. Les pâtes à l'oxyde de zinc sont seules utilisables. Ces lésions n'ont pas grande valeur dermatologique, mais je les ai vu prendre pour des lésions syphilitiques, et traiter comme telles, c'est là une erreur préjudiciable aux patients.

PSORIASIS

J'ai décrit au fourreau de la verge (p. 485) un psoriasis localisé, très superficiel, à fond rose, à squames demi-grasses, à larges éléments ovales, discrets et rares, qui peuvent siéger au cuir chevelu, au pli de l'aine, et au fourreau. Très souvent on en trouve des éléments au bas-ventre, en dehors des poils pubiens, ou sur la surface qu'ils couvrent. C'est un psoriasis ordinairement bénin, du type stéatoïde, fréquemment surséborrhéique, dont les récidives sont espacées et le traitement facile, mais on en peut trouver de rebelles.

Traitement, tel qu'il est décrit p. 485.

VITILIGO — MORPHÉE

Les régions du bas-ventre et du scrotum sont certainement atteintes plus fréquemment que beaucoup d'autres par les dyschromies et sclérodermies des types connus sous le nom de vitiligo (p. 28 et 688) et de morphée (p. 691).

Tantôt il s'agit de troubles exclusivement pigmentaires, ayant pris leur origine au raphé scrotal, et ayant fait de larges surfaces blanches qui se dessinent irrégulièrement sur la région inguino-pubienne, ce type est à relier au vitiligo scrotal.

Tantôt il s'agit de plaques sclérodermiques vraies, épaissies, indurées dans la peau, ne faisant aucune saillie à sa surface, d'une couleur blanche, cernées ou non par l'anneau lilas « lilac ring » commun dans la morphée. Il en existe une ou deux taches, ordinairement obliques suivant la direction de l'aine, et ovales, situées à 1 ou 2 doigts au-dessus du pli inguinal.

On sait (p. 28) combien le traitement du vitiligo est nul. Celui de

la morphée comprend l'électrolyse uni et bipolaire (p. 5) et donne des résultats appréciables. Dans un cas où les plaques sclérodermiques étaient minces, nombreuses irrégulières, j'ai vu l'effluvation donner des résultats évidents et dont j'ai contrôlé plusieurs années la persistance.

PELADE

La pelade limitée à la région pubienne est une rareté, une curiosité dermatologique. On observe ordinairement la pelade pubienne, plutôt diffuse que par plaques arrondies, au cours des pelades qui deviennent décalvantes. Dans les vitiligos de la région, sur les plaques touchées, le poil peut devenir blanc, tomber partiellement ou disparaître.

Traitement, p. 243.

INTERTRIGO DU PLI HORIZONTAL DU BAS-VENTRE

Lorsque l'intertrigo atteint un des plis du bas-ventre, il est rare que les deux autres ne soient pas pris. On ne voit guère un intertrigo localisé à un seul des plis inguinaux. J'ai vu pourtant de l'intertrigo du pli horizontal du bas-ventre exister seul, sans intertrigo inguinal. Il n'a pas, dans ces cas, de symptôme ou flore particulière. Là comme ailleurs, l'intertrigo est streptococcique. Il peut affecter la forme bénigne (voir *Intertrigo inguinal*, p. 297) ou la forme grave (p. 302).

Le traitement reste le même. Il comprend une partie hygiène : relever le ventre par des ceintures séparant les plis qui s'affrontent, ce qui les aère. Quand c'est impossible, les tenir distants par un pansement qui les sépare.

L'hygiène locale veut aussi les savonnages locaux toutes les fois que l'inflammation n'est pas excessive. Ces savonnages se font avec un savon de goudron et un blaireau à barbe. Quand ils sont impossibles on nettoiera les régions malades à l'huile d'amandes douces.

Comme traitement actif, copier ce que j'en ai écrit à propos des intertrigos de l'aine (p. 297 et 302).

RÉGION SCAPULO-THORACIQUE

La région scapulo-thoracique présente à considérer la séborrhée vraie (caractérisée exclusivement par le flux sébacé et dont cette région est un lieu d'élection)	**Séborrhée . . . . . p.**
L'acné polymorphe juvénile, qui est toujours sur-séborrhéique, s'y observe souvent au maximum de son développement et nécessite souvent des traitements sérieux.	**Acné polymorphe. . p.**
La trichophytie de la région scapulo-humérale et scapulo-thoracique est l'une des plus fréquentes des régions cutanées couvertes	**Trichophytie. . . . p.**
Le favus du corps, secondaire au favus du cuir chevelu s'observe aussi en cette région plus souvent qu'en la plupart des autres.	**Favus. . . . . . . p**
La syphilis secondaire crée fréquemment, dans le dos, une éruption très acnéiforme, mais composée d'éléments beaucoup plus fins et beaucoup plus généralisés, dispersés d'ordinaire sur tout le dos.	**Syphilides acnéiformes. . . . . . p**
En outre, la syphilis fait souvent à la nuque, et à la région scapulo-thoracique postérieure, des éruptions localisées, demi-ulcéreuses, de syphilides secondo-tertiaires.	**Syphilis tertiaire. .**
La région thoracique supérieure est aussi, par excellence, la région des érythèmes pudiques passagers	**Érythème pudique .**
... et l'une des régions où s'observent le plus souvent et le mieux toute la série des roséoles	**Roséoles. . . . . .**
La région scapulo-thoracique postérieure est, par excellence, le siège des lésions de grattage dans les maladies vermineuses (vagabond's disease des Anglais).	**Prurigo phtiriasique.**
C'est encore la région par excellence où l'on rencontre les petites tumeurs miliaires désignées sous le nom d'hidradénomes éruptifs	**Hidradénomes . .**

n est souvent consulté pour faire dis-aître sur cette région des nævi de nes diverses chez la femme.	**Nævi. . . . . p. 534.**
. . et de petits molluscum pendulum qui développent au moment où la peau se ilise.	**Molluscum pendulum . . . . p. 534.**
e terminerai en parlant de la verrue te, grise, dite séborrhéique ou sénile, et se développe dans toute la région pos-ieure et antérieure du thorax et même torse.	**Verrue plate sénile. p. 535.**

SÉBORRHÉE GRASSE

La séborrhée (définie exclusivement par le flux sébacé et non par la uame) présente, pour la région scapulo-thoracique et médio-thoraque, une élection qui est pour le médecin de constatation journière.

A l'état pur, la séborrhée, qui n'atteint jamais en cette région tensité qu'elle peut atteindre à la face (*Séborrhée fluente*, p. 15), représentée par deux symptômes : D'abord la peau y est trop lisse, sque luisante ; en second lieu, tous les pores sébacés y sont marqués un point brun pâle.

ce degré, les savonnages aux savons sulfureux, et à l'éponge de utchouc, les frictions quotidiennes avec des liqueurs dégraissantes es que

Liqueur d'Hoffmann.	200 grammes.
Résorcine	2 —

u bien

Acétone anhydre	ãã 100 grammes.
Alcool à 96°	
Ammoniaque.	2 —

uffisent d'ordinaire. Si elles ne suffisent pas on emploiera le soir les es à l'oxyde de zinc salicylées au 1/100, au 1/50 et même au 1/15, n savonne chaque matin. Ces topiques agissent par exfoliation, on rait aussi se servir, dans ce but, de crèmes soufrées, c'est-à-dire er la séborrhée simple comme l'acné (p. 528).

ACNÉ

La séborrhée demeure rarement pure en cette région. L'acné vient presque toujours s'y superposer. Elle a les mêmes territoires. Dans les cas sérieux, l'acné occupe tout le torse, mais sa prédilection pour la région scapulo-thoracique est connue de tous.

Elle s'y caractérise comme au visage par des comédons, gros ou petits, *acné punctata*, qui s'enflamment peu ou beaucoup, *acné suppurata*, *acne indurata*; l'acné indurée peut demeurer sur place ou bien l'induration devenir kystique. Dans certains cas, l'acné donne lieu à d'innombrables kystes sébacés. Suivant les cas, l'une ou l'autre



Fig. 190. — Acné-comédon. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 155.)

forme prédominent, mais toutes coexistent d'où le nom générique d'*acné polymorphe*. J'ai déjà plusieurs fois insisté sur les conditions étiologiques de l'acné : jeunesse, formation sexuelle, troubles gastriques, mais la cause qui fait les acnés graves ou généralisées, nous échappe totalement; cependant les sujets qui en sont atteints ont souvent une hyperstéatidrose d'une odeur fauve et rance particulière. La condition des acnés graves est sans doute chimique.

Les traitements de l'acné ont été déjà étudiés plusieurs fois. Ils peuvent être ici plus violents sans inconvénient. La méthode exfoliante est souvent la plus rapide et la meilleure. J'en donne un exemple dans lequel les doses médicamenteuses sont modifiables à l'infini.

Soufre précipité.	3 grammes.
Résorcine	2 —
Acide salicylique	1 gramme.
Vaseline.	30-60 grammes.

On applique cette pommade le soir, on savonne le lendemain. Ses doses peuvent être doublées ou bien l'application sera précédée d'un savonnage au savon noir. Si la peau du patient est sensible on traitera par la lotion soufrée de Vidal, les bains sulfureux et les savonnages sulfureux simples (p. 16).

Le topique de l'acné, jusqu'à présent, reste le soufre. La radiothérapie essayée à doses faibles (1/2 teinte B) a donné des résultats très encourageants, mais qui restent encore à l'étude, au moins en France.

TRICHOPHYTIE CUTANÉE

Les trichophyties, surtout quand elles relèvent d'une origine animale, s'inoculent souvent en dehors des régions pilaires, en un point quelconque du revêtement cutané glabre. Nous avons vu ainsi les trichophyties de la nuque, du poignet, des mains et des pieds. Ces trichophyties sont plus fréquentes aux régions découvertes; pourtant on les voit souvent occuper la région scapulo-humérale, la semence étant sans doute tombée dans le col d'habit entr'ouvert (fig. 67). La forme des cercles trichophytiques dépend de l'espèce parasitaire et de l'animal d'origine. Les caractères communs de toutes ces lésions sont leur orbicularité, leur grande dimension relative, leur petit nombre total, leur localisation unie ou bi-régionale, l'identité objective de tous les placards que porte le même individu. Le traitement le plus simple consiste toujours en des badigeons répétés d'alcool à 60 degrés, iodé faiblement. C'est ici le lieu de répéter que la teinture d'iode pure a peu d'emploi en dermatologie et que la teinture d'iode diluée rend mille fois plus de services. Exemple :

Teinture d'iode fraîche.	10 grammes.
Alcool à 60 degrés.	40 —

l'émotion, de la gène, ou même sans émotion perceptible, présentent sur la poitrine de grandes plaques érythémateuses disséminées qui peuvent en imposer pour une lésion persistante. Cet érythème passager indique une hyperexcitabilité des vaso-moteurs qui va de pair, souvent, avec les réactions urticariennes, avec le dermographisme, etc. (p. 599).

Aucun traitement.

ROSÉOLES

Les roséoles de toutes sortes s'observent d'abord à la poitrine (p. 649). Mais comme toutes (sauf la roséole pudique) s'observent sur tout le torse, elles seront étudiées avec les dermatoses généralisées. Je dois dire pourtant que plusieurs roséoles, la roséole syphilitique particulièrement s'observent plus accusées dans la région scapulo-thoracique et aux flancs. C'est une région qu'il faut toujours examiner, lorsque l'on recherche les stigmates d'une syphilis secondaire soupçonnée.

PHTIRIASE

C'est au dos, entre les épaules, que les lésions de la phtiriase du corps (*Pediculus vestimentorum*, pou blanc) sont toujours le plus marquées. Elles ont deux caractères qui ne manquent jamais, elles sont érosives et pigmentaires.

La pigmentation, par teinte diffuse et par taches occupant la place des lésions récentes, est brune ou grise, très marquée, d'autant plus que la phtiriase est chronique depuis plus longtemps.

Les lésions érosives sont faites par les ongles, et comme la main droite ne peut gratter que l'épaule gauche et réciproquement, les érosions linéaires parallèles sont toujours transverses et ascendantes vers l'épaule. Souvent le patient nie sa phtiriase. Ce n'est pas lui qu'il faut examiner mais les coutures de son vêtement.

Le traitement est tout entier dans la désinfection des vêtements, car le pou blanc ne demeure pas sur l'homme, et, sauf chez les hommes très velus, ne pond jamais sur le poil du corps mais sur les poils des vêtements.

Les fumigations cinabrées fréquemment conseillées sont donc un

FAVUS

Le favus, dont la localisation la plus ordinaire est au cuir c (p. 222), peut occuper toute région du corps, y compris les (p. 438). Pourtant, il a une prédilection relative pour la régi pulo-humérale bras, sans doute que les parcelles dets » tombées chevelu dans le habits vont fai inoculations plus ment en ces qu'en toutes aut



Fig. 191. — Favus du corps et du bras. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

Le favus du co toujours caractér le godet petit ou rond, de couleur soufre, de cons plâtreuse, en dans la peau.

Cependant, il y formes de favus L'une, *favus forme* est consti des cercles lis rouge et semés s surface ou leu tour de petits plus ou moins breux. L'autre *squarrheux* cheux, est fait dets nombreux et grands, arrivant par leur juxtaposition à cré menses placards d'apparence croûteuse (fig. 191). Ces placa fois faits peuvent s'augmenter, mais ne régressent jamais san ment. Ils peuvent durer autant que l'individu; cela ne s'obse que sur des faibles d'esprit, rebelles à toute idée de traitemen

traitement consiste en pansements humides pour ramollir les ts qu'un simple raclage à la spatule fait tomber de la peau. ite on fait des badigeons de teinture d'iode diluée d'alcool, au 1/5e. applications doivent être renouvelées souvent si l'on veut éviter écidives *in situ*. Celles-ci sont si fréquentes chez les sujets très x qu'on a pu être judicieusement conduit à l'épilation totale et ée des poils de la région.

SYPHILIS ACNÉIFORME

syphilis acnéiforme est, dans les manifestations secondaires de la ilis, une des formes un peu tardives qui surviennent à la fin de la ière année de la maladie.

est comme une acné rouge, mais les éléments en sont bien plus breux, plus également répartis, moins polymorphes, que dans é vraie. Ces éléments couvrent le dos entier de macules bruná- toutes fines, mais beaucoup miliaires et toutes ont un follicule centre. La couleur brune de ces éléments diffère aussi de la eur rouge des éléments d'acné récents. Enfin *il n'y a pas d'élé- s polymorphes* indurés, boursouflés, kystiques, suppurés; tous monomorphes.

examinant le torse, sur sa face antérieure, on y trouvera des ns analogues, à une place que l'acné ne prend jamais, (ombilic, s) et puis les signes capitaux : ganglions, plaques muqueuses, etc., mmémoratifs de l'infection syphilitique récente, ne permettront une erreur de diagnostic très dommageable aux malades.

SYPHILIS SECONDO-TERTIAIRE ULCÉREUSE

période secondaire de la syphilis une fois passée et mal traitée, des années, on peut voir survenir, en une région d'ailleurs onque; une syphilide serpigineuse tertiaire, (j'ai dit qu'elle est de gommes cutanées miliaires superficielles) ou encore des lé- ulcéreuses plus grosses, plus distinctes, agminées mais en es et non plus en cercles. C'est l'exemple que nous montre la 192 en une région où les lésions tertiaires ne sont pas rares.

y pensera, quand on verra des lésions de ce genre à tendance

serpigineuse ou ulcéreuse, limitées à une région topographi
étroite, en dehors de laquelle on n'en observe plus aucune.



Fig. 192. — Syphilides ulcéreuses tertiaires en bouquet. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

L'épreuve du traitement (p. 726) sera radicale, mais ces lési
demandent toujours un traitement actif.

ÉRYTHÈME PUDIQUE

Certaines femmes quand on les découvre, sous l'influence

l'émotion, de la gêne, ou même sans émotion perceptible, présentent sur la poitrine de grandes plaques érythémateuses disséminées qui peuvent en imposer pour une lésion persistante. Cet érythème passager indique une hyperexcitabilité des vaso-moteurs qui va de pair, souvent, avec les réactions urticariennes, avec le dermographisme, etc. (p. 599).

Aucun traitement.

ROSÉOLES

Les roséoles de toutes sortes s'observent d'abord à la poitrine (p. 649). Mais comme toutes (sauf la roséole pudique) s'observent sur tout le torse, elles seront étudiées avec les dermatoses généralisées. Je dois dire pourtant que plusieurs roséoles, la roséole syphilitique particulièrement s'observent plus accusées dans la région scapulo-thoracique et aux flancs. C'est une région qu'il faut toujours examiner, lorsque l'on recherche les stigmates d'une syphilis secondaire soupçonnée.

PHTIRIASE

C'est au dos, entre les épaules, que les lésions de la phtiriase du corps (*Pediculus vestimentorum*, pou blanc) sont toujours le plus marquées. Elles ont deux caractères qui ne manquent jamais, elles sont érosives et pigmentaires.

La pigmentation, par teinte diffuse et par taches occupant la place des lésions récentes, est brune ou grise, très marquée, d'autant plus que la phtiriase est chronique depuis plus longtemps.

Les lésions érosives sont faites par les ongles, et comme la main droite ne peut gratter que l'épaule gauche et réciproquement, les érosions linéaires parallèles sont toujours transverses et ascendantes vers l'épaule. Souvent le patient nie sa phtiriase. Ce n'est pas lui qu'il faut examiner mais les coutures de son vêtement.

Le traitement est tout entier dans la désinfection des vêtements, car le pou blanc ne demeure pas sur l'homme, et, sauf chez les hommes très velus, ne pond jamais sur le poil du corps mais sur les poils des vêtements.

Les fumigations cinabrées fréquemment conseillées sont donc un

supplice inutile. Appliquer sur le corps quelque pâte de zinc tholée destinée à faire disparaître les traces du prurit qui cesse leurs dès que les vêtements sont purifiés.

HIDRADÉNOMES ÉRUPTIFS

On donne le nom d'*hidradénomes éruptifs*, à de minuscul meurs bénignes, grosses comme des papules de lichen, fai peine une saillie, d'un brun rose, sur la peau, où elles peuve disséminées par centaines (p. 705). Les hidradénomes sont des sudoripares, peut-être congénitaux, næviques, mais qui pre aux alentours de la formation, leur dimension de 3 millimètres ron de large, après être restés jusque-là invisibles. Chacun fai la peau une petite induration. Leur lieu d'élection est la gor sont plus fréquents chez la femme et ne donnent jamais lieu à tu malignes.

Ils ne comportent pas de traitement; on n'aurait lieu de les que pour l'esthétique. Dans ce cas, on pourrait essayer, ou bi l'électrolyse, comme pour les nævi (p. 5), ou bien de la ga puncture à pointes très fines, pour provoquer la réduction de tumeur par rétraction sans cicatrice.

NÆVI

D'autres nævi vrais, angiomes, lymphangiomes (p. 702), p avoir la région scapulo-thoracique pour lieu de développem médecin est plus souvent consulté, quand ils ont ce siège, à c l'obligation mondaine du décolletage chez la femme.

Le traitement de ces lésions (p. 5) ne diffère pas en ce siè tout autre.

MOLLUSCUM PENDULUM

Chez la femme qui vieillit, surtout vers la quarantaine, quelquefois, sur une peau qui se ride, s'amincit et se sénilise, lentement de minuscules tumeurs *pédiculées*, grosses comme de mil, d'orge. Ce sont de petits *molluscum pendulum* (p. 70

facile comme de les faire disparaître. On les saisit dans les mors e fine pince à griffe, pendant qu'on en sectionne le pied à l'anse anique. C'est instantané, presque indolore et de résultats parfaits. oit quelquefois 10, 20 tumeurs de ce genre et davantage à divers és de développement. On les détruira ainsi une par une.

VERRUE PLATE SÉBORRHÉIQUE

verrue plate séborrhéique est large, plate comme son nom lique ; elle fait à peine sur la peau un relief sensible. Sa surface papillomateuse et sa couleur d'un gris sale. C'est encore une de lésions qui s'observent fréquemment sur les peaux vieilles ou lies avant l'âge (p. 697). On en observe une ou deux qui restent aires pendant des années, puis tout d'un coup, d'ordinaire après ante ans, elles se multiplient invraisemblablement, on en observe s par centaines. Les plus développées atteignent 1 centimètre de sur 1/2 de large et celles-là font une saillie de 2 millimètres, ours villeuses, grises ou brunâtres. Ainsi la peau paraît sale, mal e, couverte de ces « crasses séniles » disgracieuses. Lorsque le ecin est consulté à temps, il doit toujours pousser la malade à uire les verrues existantes pour qu'il ne s'en produise pas en plus d nombre. L'acide chromique très concentré, sirupeux, est à loyer par le médecin en attouchements ménagés. L'acide chrome au 1/5, au 1/10 est à employer de même par les patients. er le ruissellement du liquide). On pourrait essayer de même ion du sulfo-carbol (p. 132).

s frictions générales du corps à la teinture de thuya au 1/5 n'ont ne valeur des plus médiocres et sont plutôt d'un effet moral.

destruction au galvano-cautère peut être obtenue, mais elle nde une main des plus délicates pour guérir sans faire ici ou là ne trace cicatricielle.

RÉGIONS MÉDIO-THORACIQUES ANTÉRIEU
ET POSTÉRIEURE

La région médio-thoracique antérieure n'offre que peu d'affe qui lui soient particulières, mais plusieurs, qui affectent ce si prennent des caractères particuliers.

C'est d'abord une des régions par excellence où se manifeste la **séborrhée**, *l'hyperstéatose de la peau*	**Séborrhée** . . . . .
... Et, sur le terrain séborrhéique, le **pityriasis simplex**, *stéatoïde, diffus ou plus souvent figuré, est une affection des plus fréquentes*	**Pityriasis sur-séborrhéique** . . . . .
La région médio-thoracique est, avec les régions costales, celle où se rencontre le plus souvent le **pityriasis versicolor**.	**Pityriasis versicolor.**
Le **psoriasis** *normal y est rare, mais le psoriasis à squame grasse, si souvent sur-séborrhéique s'y rencontre fréquemment.*	**Psoriasis**. . . . . .
Enfin l'acné ordinaire ne se limite pas à cette région, mais l'acné nécrotique ou varioliforme s'y localise fréquemment et étroitement.	**Acné nécrotique** . .

SÉBORRHÉE

La séborrhée, flux de sébum non squameux, dont nous avons au visage les localisations premières présente des maxima en plu points de la ligne axiale du corps, et l'un dans la région médio- cique. On sait que l'âge de la séborrhée est la jeunesse, mais retrouve chez l'adulte à 30 et 40 ans et plus. En ces points, il y a sécrétion sudorale et sébacée : *hyperstéathidrose* (E. Besnier). retrouve l'élément caractéristique de la séborrhée, le cocon rhéique (p. 14), mais il est moins facile à mettre en éviden expression de la peau, il faut quelquefois l'examen microsc qui met le microbacille en évidence.

séborrhée se manifeste, surtout, en cette région, par ses comtions : acné (p. 16), acné nécrotique (p. 261), pityriasis surrhéique (p. 232). Il est rare qu'elle demeure assez intense par nême pour exiger un traitement (*acné chlorique*, p. 262), mais le ment devient nécessaire quand on veut venir à bout des complins.

prescrit alors des savonnages fréquents au savon sulfureux ou à sulfureuse, des frictions quotidiennes à l'eau de Cologne ou avec :

Liqueur d'Hoffmann	250 grammes.
Alcoolat de lavande	ãã 25 —
Coaltar saponiné	
Teinture d'iode	V gouttes.

a rarement besoin de faire plus pour entretenir le bon état de au. On sait que c'est tout ce qu'on peut faire, et que la guérison *lue* de la séborrhée, en un point quelconque du corps, est restée l'ici impossible.

PITYRIASIS SUR-SÉBORRHÉIQUE

tte maladie, suivant les auteurs, s'appelle eczéma parasitaire esnier), pityriasis circiné et marginé (Vidal), eczéma marginatum a), seborrhea corporis (Duhring), dermite médio-thoracique q). Elle consiste en taches roses diversement disséminées sur édio-thorax, sur la poitrine ou dans le dos, et qui peuvent affecter ses formes. Leur topographie, leur élection médio-thoracique est grande caractéristique. Elles commencent par un point rose cirilaire, qui s'agrandit. Ce point devient une tache qui garde un e rose et un pourtour ourlé de squames, Quelquefois plusieurs s se fusionnent, faisant une lésion polycyclique. Cette maladie, raitée, dure des années ; traitée, elle disparaît vite, pour revenir. un pityriasis simplex à rattacher au pityriasis simplex du cuir lu, car il présente la même flore, le même parasite mycosique : de Malassez (bacille-bouteille de Unna) (p. 231). Ses squames ordinairement grasses ou paraissent grasses pour la même cause it au cuir chevelu les pityriasis stéatoïdes (p. 232).

traitement est des plus simples, friction quotidienne avec :

Eau de Cologne	90 grammes.
Teinture d'iode	10 —

ou bien pommade soufrée et savonnages. Rien n'est facile com faire disparaître cette lésion, mais elle revient, surtout quand l tement n'a pas été longtemps continué. Le plus souvent le pit circiné et marginé médio-thoracique est sur-séborrhéique (p.

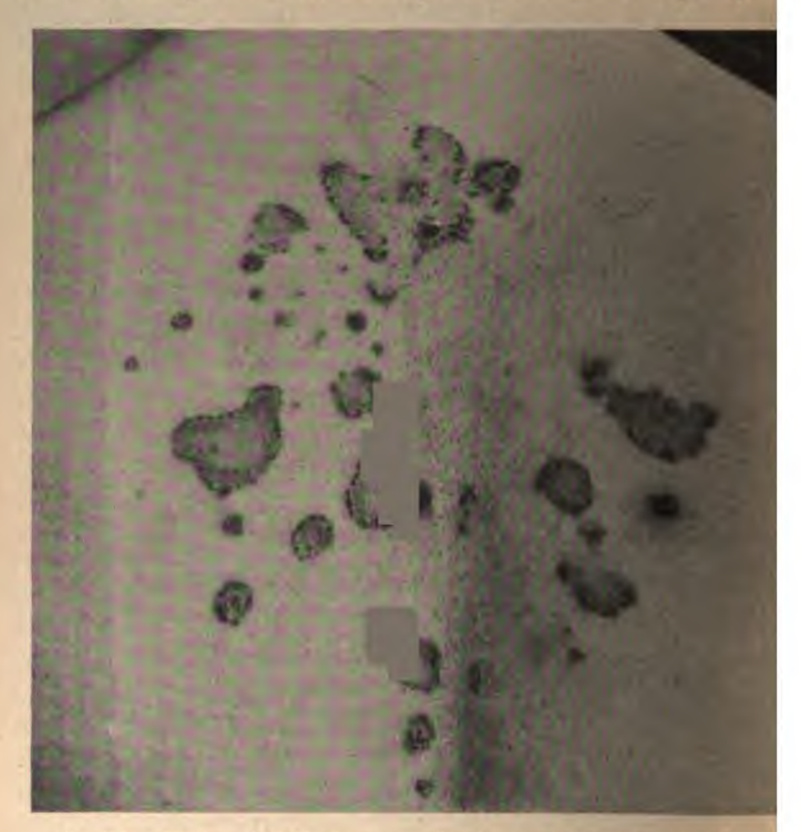


Fig. 195. — Pityriasis stéatoïde, figuré, sur-séborrhéique, de la région médio-thoraciq (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

est entretenu par de l'hypersécrétion sudorale. Ces conditions ol le sujet à une hygiène de la peau un peu minutieuse s'il veut la série des affections sur-séborrhéiques.

PITYRIASIS VERSICOLOR

Le pityriasis versicolor est caractérisé par de larges tacl apparence hyperchromiques, de couleur café au lait, dissémin

onnées en placards, couvrant des surfaces du corps plus ou moins ndes. Sa région ordinaire d'éclosion est le médio-thorax; il dissé- e ses taches géographiques sur toute la région thoracique anté- re et dorsale, sur le torse, quelquefois le ventre et la racine des nbres (fig. 194). Ses taches ne font aucun relief apparent et pré-



194. — Pityriasis versicolor presque généralisé. (Malade de Jacquet. Photographie de Dubray.)

tent un signe caractéristique, le signe du *coup d'ongle*. En don- t un coup d'ongle sur la tache, on enlève une mince squame ridée, le à détacher de la peau, et qui, examinée microscopiquement, ntrera le parasite, cause de la maladie. Car il s'agit d'une mycose ermique superficielle, que l'hyperstéatidrose favorise, mais dont

ctères propres, ses autres localisations le différencient du pity-is, et aussi la structure histologique de sa squame-croûte.



'ig. 195. — Psoriasis sur-séborrhéique. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

st beaucoup plus résistant aux traitements externes. On se ser-contre lui, de pommades cadiques fortes :

Huile de cade	ãã 10 grammes.
Lanoline.	
Vaseline.	
Turbith minéral	ãã 1 gramme.
Résorcine	
Acide pyrogallique	75 centigrammes.

applications de chrysarobine en pommades au 1/40, ou en solu-chloroformique sous une couche de traumaticine.

ACNÉ — ACNÉ NÉCROTIQUE

cné n'existe pas ordinairement localisée à la région médio-thora-, elle s'étend uniformément à tout le haut de la poitrine et du . 528).

L'acné nécrotique, au contraire, a plus de tendance à se fixer électivement sur un territoire elliptique de 20 centimètres de haut sur 10 de large, exactement au centre de la région médio-thoracique. Toutefois l'acné nécrotique ne prend guère cette localisation que dans les cas sérieux lorsqu'elle a envahi le cuir chevelu en totalité, ou tout le centre du visage. Dans ce cas, elle envahit aussi la gouttière verté-



Fig. 196. — Acné nécrotique présternale. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° [illegible].)
cr, croûte encore en place. — *ci*, cicatrice varioliforme.

brale au niveau du médio-thorax. C'est une maladie plus masculine que féminine, et qu'on observe au moins aussi souvent à 40 ans qu'à 18 ou 20. Aucune cause particulière connue n'est à relever dans l'étiologie de l'acné nécrotique.

Les éléments d'acné nécrotique sont des pustules plates, larges et ombiliquées, péripilaires, séchant sur place, très vite, sans s'ouvrir et se transformant en croûtes méniscoïdes, enchâssées dans la peau. Ces croûtes y demeurent longtemps et en tombant laissent une cicatrice varioliforme.

Cette maladie procède par poussées intermittentes. Beaucoup de

ques guérissent la poussée. Rien ne guérit certainement la mala- . rien ne met à l'abri de ses récidives.

.es meilleures applications locales, à faire sur la lésion constituée, nt les pommades et pâtes soufrées mercurielles :

Soufre précipité	5 grammes.
Cinabre	1 gramme.
Oxyde de zinc	5 grammes.
Vaseline	50 —

oliquées le soir, savonnées le matin ou réciproquement.

'usage hebdomadaire du bain sulfureux me semble l'un des meil- rs préservatifs contre les poussées à venir, ainsi que les frictions ooliques quotidiennes; mais cette affection, si bénigne dans la plu- t des cas, dans certains devient des plus redoutables par la répé- on incessante de ses poussées et les cicatrices difformes qu'elles ssent.

GOUTTIÈRE VERTÉBRALE

La gouttière vertébrale, comme toutes les régions axiales du corps, est particulièrement prédisposée à la séborrhée, qui ne s'y présente pas sous la forme fluente, mais comme un piqueté brunâtre aux orifices sébacés	**Séborrhée . . . . p**
Beaucoup d'affections se développent mieux sur une peau séborrhéique; tel est le cas du pityriasis simplex, médio-thoracique, dit aussi circiné et marginé	**Pityriasis médio-thoracique . . . . .**
Tel est le cas également d'une certaine forme de psoriasis que nous avons déjà eu l'occasion de rencontrer	**Pityriasis sur-séborrhéique . . . .**
Tel est le cas aussi du pityriasis versicolor, mais on l'observe moins étroitement limité que le pityriasis simplex à la gouttière vertébrale	**Pityriasis versicolor.**
J'en dirai autant de la verrue plate séborrhéique, de surface villeuse et grise qui se multiplie souvent sur les peaux grasses lorsqu'elles perdent les qualités de la jeunesse	**Verrue plate sénile.**

SÉBORRHÉE

La séborrhée, définie par le flux sébacé non squameux, a p ligne axiale du corps une préférence marquée, aussi trouve-t-o haut en bas de la gouttière vertébrale, toutes les affections sur-rhéiques.

La séborrhée elle-même s'y caractérise moins par un flux de g évident, que par une fine ponctuation brunâtre, marquant c orifice sébacé, rarement par de l'acné en dehors de la région sc thoracique où elle a été étudiée (p. 528).

A ce degré, la séborrhée n'est à mentionner que comme le s tum nécessaire, ou utile, au développement des affections dont va suivre.

Des bains et savonnages sulfureux ou alcooliques et légè

ronnés, suffisent, en général, à prévenir les états morbides qui ent s'y superposer.

Alcool à 96°	225	grammes.
Alcoolat de lavande	25	—
Coaltar saponiné	50	—

PITYRIASIS SUR-SÉBORRHÉIQUE

pityriasis circiné et marginé de Vidal, la seborrhea corporis de ing, le pityriasis lex sur-séborrhé-, montrent souvent, les deux omoplates, art et d'autre de la ttière vertébrale, éléments les plus et les plus typiques. les retrouve sur la dont les pores sont lement séborrhéi-. Ce sont des taches es, petites, nettement ées par un liséré telleux jaunâtre, ou, id on l'enlève, par liséré rose, moite, emblant à un coup gle. Cette maladie, récidivante, très nique, est très bé-e ; toutes les applica- soufrées, mercu-es, iodées faibles, ou ie goudronnées fai- en font disparaître éléments (p. 537), les récidives sont jue de règle, favori- par l'hyperstéatidrose de la région (E. Besnier).



FIG. 197. — Psoriasis en gouttes, limité à la gouttière vertébrale. (Malade de Sabouraud. Photographie de Noiré.)

PSORIASIS SUR-SÉBORRHÉIQUE

Il existe, je l'ai dit ailleurs, un psoriasis qui a des affinités séborrhéiques marquées. J'ai décrit un psoriasis sur-séborrhéique au milieu de la poitrine (p. 540), il en existe un type clinique qui peut se limiter étroitement à la gouttière vertébrale.

C'est ordinairement un psoriasis en gouttes ; on voit alors l'éruption qu'il forme dessiner une bande verticale large comme la main au milieu du dos et quelquefois s'épanouir en plaques plus larges au niveau de la région sacrée (fig. 197).

Le traitement du psoriasis sur-séborrhéique a été formulé p. 541.

PITYRIASIS VERSICOLOR

Le pityriasis versicolor a ses localisations ordinaires devant et derrière le thorax, il peut envahir tout le dos et même tout le corps (fig. 194), exception faite des extrémités. On le voit quelquefois se limiter partiellement à la gouttière vertébrale ; le fait est assez rare pour ne pas mériter plus qu'une mention. Le diagnostic est à faire entre le pityriasis versicolor et le pityriasis simplex médio-thoracique. Celui-ci fait des taches croûtelleuses sur leurs bords, le pityriasis versicolor ne fait jamais sur la peau aucune saillie appréciable. Sa couleur café au lait le distingue bien d'ailleurs de toute autre affection de même siège. Toutefois on a vu le pityriasis versicolor sur le nouveau-né faire une lésion érythémateuse floride bien différente de ses lésions typiques ordinaires. C'est un détail à se rappeler.

Iode.	2 grammes.
Alcool à 60 degrés.	100 grammes en frictions quotidiennes.

VERRUE PLATE SÉNILE

La verrue plate, séborrhéique, contagieuse, sénile, « crasse séborrhéique, ou crasse sénile », aplatie sur la peau, de surface tomenteuse, grise ou brunâtre, se localise rarement à la gouttière vertébrale, elle est de tout le dos, et même de tout le torse et du visage. Je l'ai décrite p. 546. Voir aussi p. 33.

RÉGION THORACIQUE INFÉRIEURE

.a région thoracique inférieure peut pré- ter toute dermatose, mais aucune qui soit propre en quelque façon. .a seule qui présente une certaine élec- n pour elle est le zona intercostal	**Zona intercostal. . p. 547.**
En dehors de cette éruption, certaines t communes à cette région et à la gout- re vertébrale, comme le pityriasis ver- olor.	**Pityriasis versico- lor.. . . . . . . p. 546.**
.. la verrue plate sénile contagieuse . .	**Verrue sénile. . . . p. 546.**
D'autres qui sont généralisées, comme pityriasis rosé de Gibert.	**Pityriasis rosé. . . p. 588.**
.. et surtout le lichen plan, présentent rs éléments disposés en traînées obliques bas et en dehors, suivant la direction me des côtes	**Lichen plan. . . . p. 625.**

Mais ces dispositions topographiques particulières n'obligent pas à e description en cette région et les éruptions généralisées auront un u plus loin leur histoire.

ZONA

Le zona intercostal est l'un des plus fréquents du torse. Il débute it par une névralgie locale intense, soit par une sensation de brûlure ve, soit directement par son éruption sans symptômes locaux préa- bles. Comme avant l'herpès, l'érythème polymorphe, etc., il peut y oir eu infection générale avec brisure, fatigue, fièvre, angine plus moins marquée; d'autres fois, le zona succède à un traumatisme, ais quelquefois il naît sans que rien l'explique et le précède. C'est e éruption du type herpétique (herpès zoster), c'est-à-dire en bou- ets vésiculeux, disséminés le long d'une ligne à peu près horizontale uée ordinairement à mi-hauteur du thorax, et n'occupant jamais le demi-tour du corps depuis la colonne vertébrale jusqu'au rnum ou une partie seulement de ce trajet.

.es bouquets vésiculeux comprennent de 5 à 20 vésicules; on

compte 3 à 20 bouquets semblables, de diverses dimensions, dispersés suivant la ligne indiquée, leur grand axe toujours dans le sens de cette ligne.

Les vésicules, grosses comme celles de l'herpès de tout siège, ont la même forme ovale, la même disposition; comme elles, elles naissent sur un placard érythémateux commun; elles deviennent louches le 2ᵉ jour et sèchent du 12ᵉ jour au 15ᵉ jour, quand elles ne s'accompagnent pas de sphacèle local. Dans le cas contraire, lorsqu'on les ouvre ou qu'elles se rompent spontanément, elles montrent une ulcération grise cernée de rouge éclatant. C'est un point de gangrène locale (zona gangréneux) qui sera plus long à guérir et laissera une cicatrice. Toutes les vésicules d'un zona peuvent passer ainsi par un stade de sphacèle ou un de ses bouquets seulement, ou quelques vésicules de chaque bouquet.



FIG. 198. — Zona du thorax. (Malade de Lailler. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 210.)

En guérissant, le zona laisse souvent derrière lui, surtout chez les vieilles gens, ou les sujets portant une tare organique préalable (diabète), des douleurs névralgiques intenses, persistantes, qui peuvent durer 3, 6 mois et davantage. Le pronostic d'un zona doit donc toujours être réservé.

Le traitement du zona est nul. On recouvre la région malade de glycérolé d'amidon, on poudre largement et on recouvre d'un pansement ouaté occlusif. Cela diminue les douleurs intenses de certains zonas, au moins les douleurs provoquées.

Contre les névralgies qui demeurent persistantes, j'ai usé de pulvérisations de chlorure de méthyle avec grand bonheur, mais la pulvérisation doit être faite, non sur la peau directement, mais sur un double de taffetas gommé ou une feuille de caoutchouc collée à la peau.

En général, l'application est suivie à 2 heures d'intervalle d'une uleur intense durant 3 à 4 heures, mais la névralgie est par la ite très diminuée. Elle peut disparaître complètement.

La cause du zona est inconnue, et même la cause de la répartition rizontale de ses bouquets vésiculeux, car ils ne correspondent cunement à la direction des côtes ni des nerfs intercostaux, ce qui ait appliquer hypothétiquement à sa genèse la théorie métamérique.

On a cru observer certains cas de contagion du zona, et il y a des teurs qui croient à son origine microbienne. A l'examen direct et la culture, les vésicules même suppurées du zona, comme celles de erpès, sont normalement aseptiques, pour nos moyens actuels d'investigation.

LE SEIN

Le sein présente à considérer un grand nombre de dermat
dont quelques-unes lui sont spéciales, et dont un beaucoup plus g
nombre, communes à plusieurs régions, prennent en celle-ci
mœurs et une symptomatique particulières :

Le nouveau-né présente à sa naissance une mammite double qui peut demander une surveillance et un traitement	**Mammite des nouveau-nés. . . . p.**
La femme enceinte peut présenter avant ses couches une mammite douloureuse qui peut être suivie d'infections diverses . . .	**Mammite de la femme enceinte. . . . . p.**
Les mammites sous la forme lymphangitique, érysipélateuse, ou sous la forme d'abcès multiples, sont surtout fréquentes au cours de la lactation	**Mammite de la lactation . . . . . . p.**
La plupart de ces accidents naissent par infection d'une fissure du sein préexistante	**Fissure . . . . . . p.**
Le chancre syphilitique du sein est fréquent et doit être reconnu sans faute, car son origine peut donner lieu à des problèmes importants	**Chancre syphilitique . . . . . . p.**
La syphilis secondaire du sein est beaucoup moins particulière et ne sera que mentionnée.	**Syphilis secondaire. p.**
Les hidradénomes éruptifs ont pu être confondus avec l'éruption papuleuse de la syphilis. Je les en différencierai	**Hidradénomes éruptifs . . . . p.**
L'acné n'est pas particulière au sein, mais fréquente à la poitrine.	**Acné. . . . . p**
L'eczéma du sein est une épidermite à streptocoques qui a des causes et des mœurs particulières, nous nous en occuperons ensuite.	**Eczéma du sein. . . p**
... et aussi de la gale qui est sa cause la plus fréquente.	**Gale. . . . .**

MAMMITE DU NOUVEAU-NÉ

Les enfants des deux sexes, dans les premiers jours qui suivent leur aissance, présentent, presque toujours, quelque signe d'activité de eurs glandes mammaires. Ils peuvent montrer une mammite simple u double, avec excrétion de lait, accompagnée de tous phénomènes nflammatoires, y compris des ganglions dans l'aisselle et de la tem-érature.

Très ordinairement, il s'agit d'un processus bénin, qui s'atténue en uelques jours et disparaît seul. Très rarement, il se forme près du namelon un abcès (microbien), gros comme une amande, et qu'il ut inciser.

Le traitement se bornera donc à la propreté locale la plus stricte.

On appliquera localement une pommade couvrante, aseptique : oxyde de zinc 1/4 et, par-dessus, on pourra renouveler, quatre fois par jour, un petit cataplasme de fécule, à titre d'antiphlogistique et de régulateur de la température locale.

MAMMITE DE LA FEMME ENCEINTE

Il y a des femmes chez lesquelles se produit une tendance à la sécrétion lactée dès le quatrième mois de leur grossesse. Il est rare que ces phénomènes s'exagèrent au point de devenir gênants jusqu'aux couches. L'infection pouvant résulter de la « porte ouverte » est rare aussi. Bien veiller toutefois à l'asepsie locale : lavages alcooliques quotidiens, et application de glycéré d'amidon stérilisé.

MAMMITE DE LA FEMME EN LACTATION

C'est la plus fréquente et la plus sérieuse. Elle a toujours son origine microbienne dans une fissure du mamelon, ou plus rarement de l'aréole, et son infection par la salive du nourrisson. Elle peut prendre trois formes : la lymphangite, l'érysipéloïde à répétition, l'abcès.

Lymphangite. — L'infection s'est produite en un seul point, elle gagne un tronc lymphatique qui dessine sa traînée rose et douloureuse sous la peau et se dirige vers les ganglions axillaires qui sont sensibles. Cet épisode, au cours de la lactation, se répète plusieurs fois, et, très ordinairement, c'est le même tronc lymphatique qui s'enflamme. L'évolution est celle d'un érysipéloïde localisé, bénin.

Érysipéloïde. — L'infection est diffuse autour du mamelon ; toute l'aréole est rouge, chaude, douloureuse, la succion du nouveau-né est des plus pénibles. Il s'agit d'un épisode fébrile, très court, mais très net, 39°5 pendant 36 heures. Défervescence, disparition des symptômes inflammatoires. Ces phénomènes sont presque toujours récidivants au cours d'une même lactation. On a pu les voir se reproduire 5, 6, 7 fois à 15 jours d'intervalle et obliger au sevrage.

Abcès du sein. — C'est un chapitre de chirurgie, aussi n'y consacrerons-nous que quelques lignes. Les abcès du sein peuvent se faire

dement, et ne se manifester qu'une fois faits par des symptômes ouureux. Le plus souvent ils suivent une lymphangite ou un éryoïde. Rarement, on voit un seul abcès, car tous les troncs lymiques des glandes sont infectés. Les abcès se font en série, au eu du cortège des symptômes inflammatoires et douloureux les accusés, ils évoluent l'un après l'autre, obligeant à des interions répétées. Ils peuvent ne se voir qu'à un seul sein.

usage des soins d'hygiène locaux après chaque tétée, diminue coup les chances d'infection : Lavages à l'alcool à 60° boriqué à ration. Ensuite, topiques glycérinés stériles. Recouvrir le bout du d'une toile ou ouate stérile, et maintenir les seins relevés par un lage, ou même un simple cache-corset en écharpe enveloppant le ement ouaté.

s les premiers phénomènes locaux, larges pansements humides, plasmes aseptiques et nettoyage du bout du sein et de l'aréole s chaque tétée, repos au lit. Intervention chirurgicale rapide si cès est collecté.

s même soins s'appliquent à la lymphangite et à l'érysipéloïde à tition. Ce sont, du reste, des accidents qu'il faut prévenir, en eillant, par avance, pour les guérir, les fissures du mamelon, se de tous ces accidents.

FISSURE DU SEIN

s fissures du sein résultent, chez la femme en lactation, de la ération permanente du mamelon dans le lait excrété, des efforts uccion du nourrisson et des traumatismes qui en résultent.

faut savoir que la *traite aseptique* des animaux est impossible, l'infection extérieure du mamelon et celle des ampoules galactores chez tous les animaux semble constante ; dans ces conditions lables, on comprend aisément que la fissure soit demi-traumae, demi-microbienne, et qu'elle donne lieu aux complications rses relatées plus haut (p. 552)

salive de certains nouveau-nés peut être acide, ou kératolye, ou infectée plus que d'autres, et sans que cela soit modifiable. n, certains tissus se défendent mal, s'infectent facilement, et ont défense leucocytaire insuffisante.

s dernières causes font certaines femmes plus sujettes que tres aux fissures et à leurs conséquences.

Le traitement des fissures est prophylactique et curatif. Les alcooliques, glycérinés, après chaque tétée, les pansements a cérés d'amidon neutre, les pommades à l'oxyde de zinc et les ments humides appliqués par-dessus la pommade couvran moindres symptômes d'infection, sont parmi les moyens us meilleurs.

On peut voir, en dépit de tous traitements, une fissure au de profondeur et menacer même l'intégrité du mamelon. même vu sectionner le mamelon. Dans ces conditions, on amené à supprimer la lactation du côté malade.

CHANCRE SYPHILITIQUE

Le chancre syphilitique du sein se voit chez la femme non n il est consécutif au baiser ou à la succion par une bouche syph Chez les nourrices, c'est la bouche d'un nouveau-né étranger cause de la contamination.

Le chancre est ordinairement mamelonnaire, large com pièce de 50 centimes, oblong, à base indurée, à surface plate moite, non suppurante. Il naît dans les délais ordinaires et même. Il peut y avoir plusieurs chancres syphilitiques aux de ou au même sein ; ordinairement l'un, premier en date, es grand. Le ganglion est axillaire, il ne manque jamais, et autre affection du sein ne le donne semblable.

L'induration locale du chancre persiste longtemps après sa tion et peut témoigner d'un accident déjà disparu. A cette la peau, au-dessus de l'induration, est violâtre, non cicatricie

La syphilis, consécutive au chancre du sein, n'a pas un particulière, du moins en général. Elle comporte le même tr que tout autre (p. 726) et détermine les mêmes accidents même ordre.

La syphilis une fois nettement constatée et certaine chez u rice, il est tout à fait inutile pour elle et préjudiciable au no de le lui retirer, puisque tout le mal qu'il pouvait lui faire Si la nourrice a deux nourrissons, dont un étranger et son il est évidemment nécessaire de sevrer celui-ci de suite. Il p échappé à l'infection car souvent lorsqu'une nourrice a 2 nou chacun tète au même sein toujours. Je ne puis entrer dans médico-légal de toutes les suites judiciaires auquel un tel acci

ire. Le médecin, en réservant et sauvant le secret professionnel *tous les cas*, doit chercher à éviter que la nourrice ne commu- à d'autres et à son mari, la maladie acquise de son nourrisson.

SYPHILIS SECONDAIRE

syphilis secondaire du sein n'est caractérisée que par la roséole, nt très marquée sur la poitrine, mais qui est générale à toute la ce du corps; par l'éruption plus ou moins abondante de papules s, rouge-sombre, secondaires, qui ne sont pas plus marquées et reuses au sein qu'ailleurs; dans les syphilis secondaires graves, vu des papules s'ulcérer « ecthyma, rupia syphilitique » mais lus au sein qu'ailleurs.

s plaques muqueuses peuvent s'observer, chez la nourrice, au du mamelon ou autour de lui, à sa base, dans toute la région rée. (Voir pour le traitement de la syphilis, p. 726.)

HIDRADÉNOMES

s hidradénomes éruptifs forment, sur la poitrine en général et les seins, une éruption de taches lenticulaires d'un jaune-rose, un grisâtre, légèrement surélevées. La pression entre deux doigts dans la peau une petite tumeur incluse, grosse comme un grain ge ou peu plus.

tte éruption se constitue lentement et s'aperçoit par hasard, ant pas de signes locaux (p. 534).

ACNÉ

n'y a pas d'acné propre du sein. Le sein peut en montrer des ents, mais toujours dans des cas où le haut de la poitrine et la n médio-thoracique en présentent davantage (p. 528). Nous n'y terons donc pas ici.

ECZÉMA DU SEIN

clinique ancienne disait que l'eczéma du sein avait trois causes : *le*, la *grossesse* ou la *scrofule*. On invoquait la troisième cause,

quand les deux premières n'existaient pas. Et la troisième, n'étant pa définissable strictement, ne pouvait être récusée.

L'eczéma du sein est, on peut dire toujours, une épidermite à stre tocoque. (La culture du microbe est aisée par les techniques in quées plus haut, p. 10.) Il en a tous les symptômes. Il est ordin rement limité à l'aréole qui est rose, suintante, croûtelleuse,



Fig. 199. — Eczéma du mamelon. (Malade de Devergie. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1

croûtes jaunes, ambrées, cristallines, craquelées. La dermite s jacente est accusée par la rougeur permanente. Il y a ou non ganglions axillaires marqués. Rechercher la gale par les localisat ordinaires qu'elle affecte, et les caractères de ses lésions élément (p. 521). La gale éliminée, chercher la grossesse, facile à prouver l'eczéma du sein ne survient guère avant le quatrième ou cinqu mois. Le traitement local reste le même dans tous les cas, mais doit pas faire négliger celui de la gale, quand la gale est en caus

Badigeonner l'aréole quotidiennement avec :

Nitrate d'argent	5	grammes.
Eau distillée	50	—

Recouvrir d'une pommade à l'oxyde de zinc au 1/4 ou au 1/5 que l'irritation est tombée (et des cataplasmes de fécule peuvent r

cautérisations du début plus tolérables), appliquer les pommades iques faibles.

Oxyde de zinc	5	grammes.
Huile de cade	5	—
Vaseline.	ãã 15	—
Lanoline.		

L'eczéma du sein est des plus tenaces, même une fois sa cause asionnelle morte, et, par exemple, la gale guérie. Craindre surtout récidives et les traiter rigoureusement.

GALE

La gale du sein ne montre, comme lésions lui appartenant en propre, e celles qu'elle montre partout : sillons. vésicules entières et exco

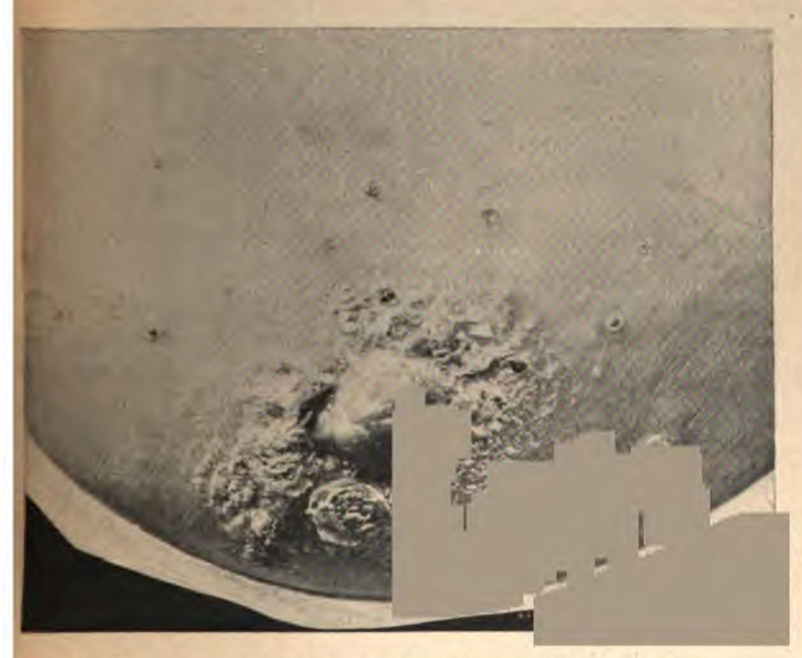


Fig. 200. — Gale pustuleuse et eczématiforme du sein. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1759.)

s. Elle peut en outre se compliquer de lésions de grattage diverses éterminer un soi-disant eczéma du sein, qui est une épidermite à

streptocoque de l'aréole. Cela est fréquent. Alors ce sein prend physionomie très particulière avec l'aréole impétiginisée en n avec sa surface suintante ou croûteuse jaune, entourée de lésion gale disséminées.

Ce tableau est typique, il se complète par l'examen des régions laires du corps et des mains (p. 288, 521, 387). J'ai décrit (p. le traitement de l'eczéma du sein, même galeux. Le traitement gale est ici ce qu'il est ailleurs (voir p. 605).

INTERTRIGO SOUS-MAMMAIRE

Sauf chez les fillettes, il existe presque toujours, chez la femme pli sous-mammaire plus ou moins accusé suivant le volume du sa solidité et l'âge du sujet. Ce pli, en tout comparable aux pl flexion, présente les maladies parasitaires des plis de flexion et l'i trigo y est fréquent, surtout chez les femmes grasses. J'en ai étud flore dès son apparition. Cet intertrigo, comme les autres, est touj streptococcique d'emblée (culture, p. 10). Il peut n'exister que un sein. Ordinairement il est bi-latéral. Mal traité, ses causes p ques persistant, il demeure à l'état chronique. Cet intertrigo, le souvent mais non pas toujours, coexiste avec de l'intertrigo des au plis naturels.

Traitement : 1° maintenir en permanence les seins relevés (le simple moyen d'exécution est de faire porter, à cru, sur la peau, cache-corset en forme d'écharpe qu'on noue en avant).

2° Frictions locales quotidiennes avec solution aqueuse de nit d'argent au 1/15.

3° Pommade à l'oxyde de zinc et à l'huile de cade au 1/4, appli après chaque friction de nitrate d'argent et savonnée avant elle.

Prévoir des récidives, si l'on cesse de porter les seins relevés com il a été dit plus haut.

TRICHOPHYTIE SOUS-MAMMAIRE

C'est la trichophytie que j'ai décrite dans le pli de l'aine (p. 29 je ne l'ai jamais vue sous-mammaire, sans qu'elle existât au p l'aine d'abord.

Elle forme un placard rouge, moite, exactement intertrigi mais liséré de rouge et, dans ce liséré, on voit à l'œil nu de

cules. Cette lésion qui, sauf son liséré, est intertrigoïde et res-ble à s'y méprendre à de l'intertrigo, *n'est jamais streptococcique*, ulture du raclage de l'épiderme corné montre le même parasite hophytique que la trichophytie inguinale et axillaire et pas de ptocoque.

e traitement est aussi le même, que celui de la trichophytie ingui-e.

lterner

Teinture d'iode fraiche	20 grammes.
Alcôol à 60°	80 —

: pommade calmante à l'oxyde de zinc au 1/4. Si la lésion est elle, pommade à l'oxyde de zinc au 1/4 additionnée d'un 1/50 de ysarobine.

LUPUS DU SEIN — TUBERCULOSE DU SEIN

.e lupus du sein n'offre rien de particulier à dire. Il n'est pas fré-ent et n'affecte aucune symptomatique ou évolution particulière. On erve au sein le lupus tuberculeux et le lupus érythémateux. Se orter à ce que j'ai dit de ces affections au visage (p. 21).

.a tuberculose du sein est au contraire une affection très particu-re, fort rare d'ailleurs, mais qui doit être brièvement décrite ici. e naît sous la forme d'une tumeur très irrégulière, lobulée, digi-, mamelonnée, dans l'épaisseur du tissu adipeux sous-cutané. Par nsparence, elle parait bleuâtre, non adhérente à la peau. Elle peut ccompagner de ganglions axillaires, elle est sensible au toucher, uloureuse à la pression, non douloureuse spontanément. Après des ois, un point de la tumeur se fixe à la peau qui s'ulcère; l'ulcération bientôt profonde, déchiquetée, à bords décollés, à surface fon-euse fournissant du pus tuberculeux, mal lié, grumeleux. Cette ulcé-tion est très douloureuse.

Généralement la malade se cachectise parce qu'elle est phtisique, meurt de sa tuberculose pulmonaire.

Le traitement est discutable suivant les cas. L'exérèse, bien faite, de tumeur intégrale, avant qu'elle s'ulcère, semble à conseiller. Et, même temps, le traitement général de la tuberculose par la surali-ntation.

GOMME DU SEIN

La gomme syphilitique du sein est une rareté. Elle est ordinairement de symptômes, marche et évolution normaux : une tumeur de grosseur médiocre naît sous la peau et en se développant s'y fixe ; la peau rougit, devient violacée, et s'ulcère en croissant, découvrant une masse bourbilleuse qui s'échancre et se creuse par fonte progressive.

Le diagnostic de syphilis se fait par les commémoratifs, très attentivement recherchés, par l'absence de signes généraux de la tuberculose ; objectivement, parce que la gomme ramollie est bien ronde, les bords cutanés non décollés, la rougeur, autour de l'ulcère, ronde et régulière, etc., enfin les symptômes fonctionnels sont très peu marqués.

Le diagnostic par le traitement est décisif et ne doit jamais être négligé dans le doute.

MALADIE DE PAGET DU MAMELON

Il s'agit d'une maladie spécifique, non contagieuse, unilatérale, rare, chronique, à peu près exclusive à la femme de 35 à 50 ans, constituée à la première phase par la production au sommet du mamelon de petites élevures cornées recouvrant de petites ulcérations progressives. Peu à peu le mamelon se rétracte et s'efface, la lésion s'étend lentement sur l'aréole, puis sur la peau voisine, sans jamais rétrocéder ni guérir. A cette période d'état, la surface malade présente un bord net, polycyclique, légèrement surélevé et squameux, une surface rouge *excoriée* ou plus atteinte et *ulcérée*, croûteuse, semée de points *épidermisés* (Darier). La durée de la maladie se chiffre par années, elle reste toujours unilatérale, marche très lentement ; l'exulcération constituée présente une légère induration papyracée.

Aucun traitement ordinaire ne modifie les lésions. Elles ne s'accompagnent pas de ganglions axillaires. A une troisième période, qui peut survenir après 5, 7, 10 et 20 ans, survient la phase ulcéreuse, cancéreuse de la maladie. Ou bien l'ulcération superficielle devient profonde et envahissante ; ou bien une tumeur naît dans la profondeur et se soude à la peau ; puis les ganglions se prennent et la maladie évoluera désormais comme un cancer. La caractéristique absolue de la maladie est dans l'existence, au sein des croûtes, d'éléments cellu-

res, *pseudo-coccidiens*, inclus entre des cellules épidermiques nor-les : corps arrondis, ovalaires à double contour, ordinairement ucoup plus volumineux que les cellules cornées normales qui les lavent (Darier) (¹).

Le traitement à essayer maintenant, de la maladie de Paget, est urément la radiothérapie ; on traitait auparavant comme les épi-liomas bénins de la face, par le curettage ou les caustiques, l'acide énieux, etc.... Au troisième stade, traiter comme un cancer.

Avec H. Noiré je n'en ai traité qu'un cas par la radiothérapie Gué-on de 7 mois de date, sans récidive.

TUMEURS DU SEIN

Les tumeurs du sein n'appartiennent pas à la dermatologie, quand es naissent dans la profondeur, ce qui est la règle. Une évolution, e tous les jours avancent, rangera sans doute beaucoup des ciennes tumeurs chirurgicales du sein parmi les maladies dermatolo-ques, à cause des résultats sur elles de la radiothérapie.

Pour le moment, le dermatologiste sera prudent de soumettre au irurgien toute tumeur du sein dont la bénignité ou la malignité lui ra douteuse.

Si le chirurgien peut attendre deux mois pour intervenir, attaquer tumeur directement par la radiothérapie, suivant les règles données r H. Noiré, c'est-à-dire, faire sur le sein, tous les 15 jours, trois quatre applications immédiates, consécutives de rayons X. L'une -dessus, l'autre au-dessous, la troisième en dedans, la quatrième dehors du sein, de façon que chacune frappe une surface de peau fférente et soit dirigée (limitée par le cylindre métallique) vers la meur. Chaque application cutanée d'une teinte B de notre radio-ètre. Il est indispensable de faire une séance sur les ganglions de isselle chaque fois que l'on fera une application sur le sein. Si après atre séances, ainsi faites, la tumeur n'est pas réduite sensiblement, ire opérer. Si le chirurgien ne peut attendre deux mois d'épreuve, ire enlever de suite, et faire ultérieurement la radiothérapie de la atrice ; cinq à six séances, chacune d'une teinte B du radiomètre, aque séance espacée de 18 à 20 jours. Bien savoir que certains sar-

(¹) Pour cet examen, traiter la squame, comme le cheveu trichophytique, par solution de potasse à 40 pour 100 et examiner sans coloration.

comes donnent des résultats moins sûrs que les épithéliomas, surtout quand ils ont été opérés tardivement : l'avenir fixera la thérapeutique radiothérapique de ces cas plus précisément. Mais les résultats tels qu'on les obtient déjà couramment, quand on sait se servir des rayons X, ne sont pas niables.

CHORIO-ÉPITHÉLIOMATOSE — CANCER EN CUIRASSE LYMPHANGITE CANCÉREUSE

Dans certains cas rares, la peau est uniformément prise d'une cutite épithéliomateuse diffuse, épaississant le pli de la peau ou le rendant impossible ; la peau infiltrée, dure, est d'un rose jaunâtre marbré ; la surface prise étant limitée par un rebord très finement découpé, irrégulier. Cet état survient autour d'une ulcération cancéreuse du sein, ou encore, au-dessus d'une tumeur centrale, avec rétraction du mamelon. Le diagnostic peut être difficile. C'est surtout un diagnostic par élimination.

Le traitement chirurgical est condamné à l'insuccès immédiat. Il y a repullulation dans la cicatrice, souvent même avant qu'elle ne soit complète. La radiothérapie serait à tenter suivant les règles formulées par le paragraphe précédent.

Lymphangite cancéreuse. — On peut voir, dans les mêmes conditions que la chorio-épithéliomatose, se former une ou plusieurs lymphangites cancéreuses, dures au palper, saillantes sous la peau, nodulaires et moniliformes, se dirigeant vers les ganglions axillaires qui sont souvent pris.

Béclère a eu de la radiothérapie, dans ces cas, des résultats excellents.

Squirrhe en cuirasse. — J'en dirais autant du squirrhe en cuirasse, et de cette transformation épithéliomateuse de la peau, dans laquelle de petites tumeurs nodulaires, saillantes, sur la cuirasse squirrheuse, sont recouvertes d'une peau adhérente mais normale, sans tendance à l'ulcération. Même traitement que la forme précédente.

L'OMBILIC

Dans la physiologie pathologique de la peau, l'ombilic serait à …cer à côté des plis de flexion, dont il présente la plupart des affi…es morbides. J'y étudierai successivement :

ÉRYSIPÈLE PÉRI-OMBILICAL DES NOUVEAU-NÉS

L'érysipèle péri-ombilical du nouveau-né est presque toujours consé…tif à une infection ombilicale, aux premiers jours de la naissance. Il est péri-ombilical, latéral, quelquefois il semble naître non pas …près de l'ombilic, mais aux organes génitaux, au pubis. C'est ordi…irement un érysipèle ambulant. Ses caractères objectifs restent …x de l'érysipèle en général : placard rouge irrégulier, au niveau …quel la peau est luisante, épaissie, tendue, œdématiée et doulou-

reuse. Lorsque l'érysipèle atteint une région à tissu cellulaire lâche, l'œdème devient énorme. La température est élevée (40-41°). L'enfant qui la veille ne montrait aucun symptôme général, cesse de téter; la mort le plus souvent est rapide, elle se produit dans le collapsus. Le pronostic des érysipèles de cet âge est détestable. Cependant plus la maladie dure, plus les chances de survie augmentent. Alors surviennent des abcès multiples (streptococciques) qu'on a dit curateurs. La mort peut pourtant survenir même dans les cas où ils s'observent.

L'érysipèle ombilical doit être évité par l'asepsie de la plaie du cordon et de la région circonvoisine. Il n'y a pas de traitement proprement dit. Les applications locales d'argent colloïdal pourraient être essayés. Les pansements humides diminuent la congestion et la température locale.

INTERTRIGO OMBILICAL

On peut observer l'intertrigo ombilical en coïncidence avec l'intertrigo de tous autres plis. Dans d'autres cas il existe seul. Il s'accompagne alors d'accumulation de déchets épidermiques au fond des plis, et le plus souvent, dans ces cas, l'intertrigo est favorisé par une cicatrice ombilicale profonde et rétractée. Enfin on peut prendre pour intertrigo local un pityriasis stéatoïde eczématisé, ou un eczéma des plis (p. 15). Éviter cette erreur de diagnostic.

Quand le diagnostic est certain, apprendre au patient à faire des lavages et savonnages réguliers de la région.

Traiter par les applications de nitrate d'argent au 1/20e, 1/15e, 1/10e avec pommades épaisses à l'oxyde de zinc au 1/4.

Toutes les fois que l'eczématisation locale se précisera, additionner la pommade, à l'oxyde de zinc au 1/4, d'une égale quantité d'huile de cade.

PITYRIASIS STÉATOÏDE (ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE DE UNNA)

Au cuir chevelu, le pityriasis capitis peut s'eczématiser (voir p. 259). L'eczéma qui en résulte (eczéma séborrhéique de Unna) peut multiplier ses placards ronds, moites, squamo-croûteux, jaunâtres, en toutes les régions à peau fine, aux plis naturels, etc. La question de savoir

i cette forme eczématique est toujours consécutive à un pityriasis préalable est une question doctrinale qui ne doit pas nous arrêter.

Cliniquement ce type morbide se reconnaît :

1° A ce qu'il existe des placards nummulaires récidivants de même nature au cuir chevelu.

2° ... Derrière l'oreille compliquant un intertrigo streptococcique fissuraire.

3° Aux plis normaux, ou en divers points du corps, toujours sous la même forme.

Traitement : pommades cadiques faibles, et si la lésion résiste, plus fortes.

POMMADE FAIBLE

Huile de cade.	ãã	5 grammes.
Oxyde de zinc		
Ichtyol.	ãã	1 gramme.
Résorcine		
Huile de bouleau.		
Lanoline.	ãã	15 grammes.
Vaseline.		

POMMADE FORTE

Huile de cade.		10 grammes.
Lanoline.		10 —
Vaseline.		10 —
Huile de bouleau.		2 —
Résorcine	ãã	1 gramme.
Turbith minéral.		
Acide pyrogallique		75 centigrammes.

Ne pas craindre de savonner, 10 à 15 heures après chaque application.

PSORIASIS

Le psoriasis, qui tend à se localiser aux plis, montre souvent des placards à squames jaunes et grasses (stéatoïdes) qui semblent séborrhéiques. Nous avons déjà rencontré ce psoriasis en maintes régions (pp. 540, 546). C'est à l'ombilic, au pli le plus fermé et le plus constamment fermé, qu'il est le plus difficile à guérir.

Il se présente sous la forme d'un placard de couleur rouge fauve, avec épaississement de la peau et production à sa surface de squames et d'écailles jaunâtres en apparence demi-grasses.

Traiter par les pommades cadiques faibles et fortes des deux précé-

dentes formules, pour arriver en cas d'insuccès à des pommades plus fortes encore. Exemple :

Chrysarobine		1 gramme.
Huile de cade		10 grammes.
Lanoline	ãã	15 —
Vaseline		
Huile de bouleau		2 —
Résorcine		
Ichtyol	ãã	1 gramme.
Bioxyde jaune Hg		

Savonner scrupuleusement avant chaque application nouvelle.

SYPHILIS

A l'ombilic on peut voir au cours d'une éruption syphilitique secondaire floride, se former, dans les plis, des papules qui s'exulcèrent et prennent tout à fait l'aspect des plaques muqueuses commissurales des lèvres. Le cas n'est pas fréquent et ne constitue qu'un épiphénomène dans une éruption papuleuse généralisée (p. 722).

GALE

Le sarcopte de la gale affecte souvent une prédilection marquée pour la région péri-ombilicale. Les sillons y sont toujours peu nombreux, confondus parmi les érosions de grattage, les vésicules ouvertes et les lésions accessoires de prurigo secondaire (p. 605).

LES FLANCS

Les flancs présentent très peu de maladies ou lésions cutanées qui ur soient spéciales.

J'y décrirai les **vergetures**, *parce qu'elles t à l'abdomen, surtout chez la femme, e fréquence et une importance plus andes que partout ailleurs. . . . . . .*	**Vergetures**. . . . p. 567.
J'y décrirai également le **lichen scrofulosorum**, *non pas que cette éruption de tu-rculides soit exclusive à cette région, car le s'observe dans toutes, mais parce qu'il 'a semblé qu'elle manquait rarement d'y frir des lésions maxima. . . . .*	**Lichen scrofulosorum**. . . . . . . p. 568.

Aux flancs, on pourrait décrire toutes les dermatoses généralisées, gale, les prurigos, les eczémas, toutes les roséoles, etc., etc.

J'aime mieux limiter ces derniers chapitres régionaux, autant que ossible, parce que, leur faire une part plus grande dans la dermato-gie, serait forcer la vérité clinique, les dermatoses généralisées à ut le corps ou à tout le torse, ayant plus loin, chacune, leur cha-itre particulier, *Dermatoses généralisées*, p. 581.

VERGETURES

Les vergetures peuvent s'observer en tous points où la peau a été rès distendue, et où cette distension a cessé d'être. Ainsi toute ugmentation de volume d'un membre ou d'une région peut produire ur ce membre ou sur cette région, à la racine des cuisses ou au sein, ar exemple, des vergetures.

La région qui en présente le plus souvent et les exemples les plus appants, est le ventre de la femme, à cause des grossesses.

Les vergetures résultent d'une rupture de la trame élastique du erme qui, en ce point, se laisse distendre. Lorsque la région sillonnée vergetures est laissée molle et distendue, le doigt les déprime et mble passer au travers du tégument par un trou, jusque dans le ssu adipeux sous-cutané.

Étant donné leur mode de formation et leur nature, on comprend que les vergetures soient comme une cicatrice lisse, irrémédiable, définitive.

Il en existe tous les degrés, depuis les très étroites et longues bandes planes de peau blanche, moirée, zébrant l'abdomen en petit nombre, jusqu'à des vergetures larges comme le pouce, divisées en mailles par des brides élastiques non rompues, et qui se laissent traverser par les tissus sous-jacents comme dans l'éventration.

Les vergetures dépendent plus de la qualité et de la nature des tissus que du degré de leur distension. Les peaux brunes, à pli mince



Fig. 201. — Vergetures de la région du flanc consécutive à une fièvre typhoïde. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1275.)

à l'état normal, en montrent infiniment moins que les peaux blondes à pli épais et à chair pleine. Il semble que les téguments qui ont présenté certains types morbides, comme la kératose pilaire du dos des bras, les engelures, etc., soient plus prédisposés que d'autres à faire des vergetures énormes et disgracieuses. Enfin en l'absence de toute distension, on peut observer la production de vergetures après toutes les grandes pyrexies : scarlatine, variole, typhoïde, etc.

LICHEN SCROFULOSORUM

C'est une éruption lichénoïde, en bouquets disséminés, sur tout ou partie du corps, chez des tuberculeux (internes) ou scrofuleux (externes) avérés, généralement au cours de l'adolescence.

jectivement, l'éruption est composée de petits éléments assez
morphes; les uns sont identiques à des papules de prurigo, plates,
rose jaunâtre, groupées comme des ilots dans un archipel;
res ont pour centre un follicule et ressemblent à une folliculite
ive non suppurée; quelquefois même une croûtelle occupe
ce du follicule. D'autres fois les papules lichénoïdes, ou acumina-
périfolliculaires, forment des lésions figurées : cercles ou demi-
s. Dans ces cas, il semble que ce cercle vide soit produit par la
rition d'éléments premiers en date, partis sans laisser de traces.
groupes de lésions du lichen scrofulosorum sont plus ou moins
reux; ils peuvent être fort rares, 10 à 12 sur tout le corps.
les flancs, les régions le plus souvent prises sont les avant-
et puis les épaules, le dos.

distribution de ses lésions est tout à fait irrégulière et ne répond
un plan topographique qu'on puisse schématiser. Ces lésions
ennent assez brusquement, en 1 ou 2 semaines ordinairement,
symptômes fonctionnels ou généraux appréciables, chez des
culeux. Tantôt c'est après une crise subaiguë de tuberculose
naire ou péritonéale, ou au cours de tuberculoses viscérales
des, ou après des interventions chirurgicales sur des tubercu-
ganglionnaires accessibles, au cou, dans l'aisselle, etc.; tantôt
ause occasionnelle; mais la relation du lichen scrofulosorum
a tuberculose est assez évidente pour qu'il ait été le premier type
ne des tuberculides reconnu nettement par la dermatologie.

RÉGION SACRÉE

La région sacrée a ceci de spécial que beaucoup des lésions der tologiques qu'on y rencontre ont une ressemblance entre elles. p être parce qu'elles ne sont que des variétés d'un type morbide voque.

Les prurits locaux sont fréquents, de quelque cause qu'ils relèvent, qu'ils soient idiopathiques ou secondaires ou qu'ils appartiennent à un stade prurigineux de grande dermatose définie	**Prurits** . . . . . . p.
Les anciens lichens ou prurigos, les placards de lichénisation et eczématisation, sont souvent liés aux prurits, au cours desquels on les voit fréquemment naître .	**Lichens. Lichénisations** . . . . . . p.
Les placards de lichénisation peuvent s'eczématiser, ou bien on peut voir des placards d'eczéma survenir consécutivement à un intertrigo du pli fessier. . . .	**Eczéma. Eczématisation** . . . . . . p.
Le psoriasis de même peut créer, à la région sacrée des placards rouges, épais, squameux, prurigineux, dont le diagnostic est fait par la concomitance de lésions nettes en des sièges électifs de la maladie.	**Psoriasis** . . . . . p.
Enfin, je mentionnerai, sans m'y arrêter, les malformations congénitales de la région : spina-bifida, kystes dermoïdes ou nævi pilaires, sans importance dermatologique ou thérapeutique.	**Spina-bifida. Kystes dermoïdes. Nævi pilaires** . . . . . p.

PRURIT

La région sacrée est une région où se localisent le plus fréqu ment les prurits de diverses causes.

Tantôt il s'agit de prurits sans lésions : le plus souvent ch vieillard (p. 621), ou bien de prurits accompagnés d'épaississe cutané simple avec ou sans hyperchromie (voir p. 615).

Tantôt le prurit s'accompagne de lésions papuleuses vite excoriées, de prurigo (p. 614) ou même d'un certain degré d'eczématisation (p. 617). Enfin même le prurit peut créer des plaques de lichénisation (p. 616), placards dits de névrodermite.

Tout cela s'observe dans les prurits idiopathiques, dont la cause reste si obscure (p. 614), et semble être suivant les cas si diverse.

Mais cela peut s'observer à la première phase du mycosis fongoïde (p. 715) et il importe grandement de faire le diagnostic de ce cas qui appelle désormais une intervention radiothérapique active. Pour cela la biopsie sera le plus souvent nécessaire.

Dans tous ces cas, le prurit n'est pas exclusivement localisé à cette région : il existe plus ou moins marqué sur le dos, le flanc, les fesses, mais il est souvent plus marqué à la région sacrée, et y constitue les lésions que nous avons mentionnées plus haut.

Le traitement général du prurit variera suivant sa cause ; le traitement local comprendra la série des applications anti-prurigineuses, glycérinées, résorcinées 1/30e, phéniquées 1/100e, mentholées 1/100e, les applications radiothérapiques locales (demi-teinte B), la haute fréquence, l'effluvation, etc.

LICHENS — LICHÉNISATIONS — NÉVRODERMITES

Un prurit local plus ou moins accusé peut transformer peu à peu la peau de la région et y créer des placards d'irritation chronique, du type de ceux que les auteurs ont appelé autrefois lichens, eczémas chroniques, et qu'on appelle aujourd'hui placards de lichénification ou en préjugeant hypothétiquement de leur mécanisme : névrodermites.

Ce sont des placards, ronds, oblongs ou vaguement polygonaux à angles mousses, faits d'une peau considérablement épaissie, dure, finement quadrillée, formant des losanges contigus, juxtaposés. Tantôt la surface de ces losanges grise, lisse, brillantée, plate, donne le tableau du placard de lichénification de Brocq (fig. 209, p. 617). Tantôt ces placards sont excoriés par grattage, rouges, moites, présentant par-ci et par-là une fine poussière de croûtelles jaunâtres, cristallines.

C'est là l'ancien lichen circonscrit de Vidal dont nous avons retrouvé le tableau en diverses régions (p. 191), et qui s'accompagne toujours d'un prurit intense. Pour certains auteurs, le prurit préexiste et la lésion naît du grattage ; pour d'autres, la lésion fait le grattage qui la modifie et la complique.

Traitements des prurits ; tous les traitements locaux anti-prurigineux sont insuffisants. Les pansements occlusifs : colle de zinc, emplâtres à l'huile de foie de morue, donnent des résultats quelquefois heureux. Ce sont toujours les pommades cadiques qui m'ont donné les résultats les meilleurs, en modifiant leur formule suivant la susceptibilité de la peau traitée.

PLACARD D'ECZÉMA CONSÉCUTIF A L'INTERTRIGO FESSIER

L'intertrigo du pli fessier (p. 513) se prolonge en haut jusqu'à la région sacrée, et peut, dans certains cas, se terminer par un placard d'eczéma chronique, rouge, psoriasiforme, des plus tenaces et des plus difficiles à guérir. Ce placard rond, semi-lunaire, plus ou moins large, ressemble au placard lichénisé, eczématisé (p. 652), mais il est plus plat, plus uniformément rouge. Sa croûte est plate, parcheminée, adhérente. Quand on l'enlève on découvre des fissures qui saignent facilement. Cette lésion, très analogue à celle que j'ai décrite avant elle, n'en diffère guère plus par son traitement que par sa forme, mais elle est secondaire à un intertrigo du pli fessier.

L'intertrigo lui-même participe à la lichénisation totale des lésions, la peau du pli fessier est souvent hypertrophiée et fissuraire.

Les applications cadiques ici encore sont excellentes :

Huile de cade.	5 grammes.
Oxyde de zinc.	5 —
Vaseline.	15 —
Lanoline.	15 —
Ichtyol.	ãã 1 gramme.
Résorcine.	
Huile de bouleau.	

Les emplâtres occlusifs à l'huile de foie de morue, à l'oxyde de zinc, au minium-cinabre, ou plus actifs : salicylés, pyrogalliques au 1/10, peuvent rendre aussi de bons services dans les cas rebelles et récidivants.

PSORIASIS

Les éléments de psoriasis, quand ils existent, en cette région, autrement que comme un épiphénomène d'un psoriasis généralisé, ressem

blent étrangement aux lésions décrites dans les deux paragraphes précédents. Toutes ces lésions de dermite chronique ont en la région sacrée une ressemblance. Leur forme est cependant plus régulièrement arrondie, plus nummulaire, leur surface plus plate, leur squame-croûte papyracée plus épaisse, plus écailleuse, plus sèche. Mais en vérité c'est après l'examen des autres lésions du corps (coudes et genoux, placards isolés du tronc) que l'on pose fermement le diagnostic.

Le traitement en découle, c'est celui des psoriasis les plus rebelles : on peut les traiter par les pommades cadiques fortes ...

Huile de cade.	ãã 20 grammes.
Lainine anhydre.	
Acide pyrogallique..	ãã 1 gramme.
Turbith minéral.	
Résorcine.	
Acide chrysophanique.	0,50 centigr.

... pyrogalliques et chrysophaniques. Le traitement par la chrysarobine et la traumaticine, est dans les plus pratiques et les mieux acceptés du malade :

Chloroforme	100 grammes.
Chrysarobine	5 —

appliquer au pinceau et après avoir laissé sécher, recouvrir de traumaticine.

KYSTES — NÆVI PILAIRES — SPINA BIFIDA

Je mentionnerai pour mémoire l'existence possible au niveau du coccyx : 1° de kystes dermoïdes coccygiens; 2° de poches de spina-bifida; 3° de touffes de poils plus ou moins considérables, de même origine embryonnaire que les kystes dermoïdes locaux, toutes malformations congénitales qui n'ont pas à nous arrêter ici, les dernières parce qu'elles n'appellent aucune thérapeutique, les autres parce qu'elles relèvent du chirurgien et non du dermatologiste.

FESSES

Aux fesses, dès la première enfance, existe une dermite polymorphe liée d'ordinaire à des troubles intestinaux (maladie de Jacquet).	**Dermite polymorphe simple de l'enfant. . . . . .**
Les cavaliers présentent aux fesses une furonculose localisée d'allures assez spéciales..	**Furonculose des cavaliers. . . .**
La gale fait aussi en ce siège des lésions prurigineuses assez particulières pour mériter quelques mots	**Gale. . . . . .**
Toutes les maladies prurigineuses peuvent créer en cette région cet infiltrat dur du derme nommé lichénisation, syndrome accompagné ou non d'eczématisation concomitante	**Lichénisation . .**
Quelques éruptions toxiques médicamenteuses peuvent s'observer aussi en ce siège, particulièrement celles qui sont dues aux bromures alcalins	**Toxidermies médi camenteuses. .**
Je terminerai ce chapitre en disant quelques mots de la technique des injections mercurielles dans le traitement de la syphilis	**Technique des inje tions mercurielle**
... et des nodosités intra-musculaires qu'on voit souvent à leur suite.	**Nodosités des inje tions mercurielle**

DERMITE INFANTILE SIMPLE DE JACQUET

Parrot avait décrit comme éruption syphilitique une éru Jacquet et Sevestre qualifièrent ensuite de syphiloïde post-é à laquelle Jacquet donna très justement plus tard le nom d simple de l'enfant.

Il semble que ce soit un impétigo abortif, déformé, de par conséquent une des lésions superficielles et peu recon que créent les cocci pyogènes dans un assez grand nombre d

Ces éruptions, quelle que soit leur cause immédiate rapport étroit avec les troubles digestifs : entérite du pr

J'ai dit (p. 505) le premier degré de ces éruptions à la région anale. Quand elles s'étendent, elles prennent presque toujours la physionomie, d'ailleurs polymorphe, décrite par Jacquet. Voici le tableau synoptique qu'il en donne :

Dermite au 1er degré ou érythémateuse.		Érythème simple.
Dermite au 2e degré.	Érythémato-squameuse.	Érythème squameux.
	Érythémato-vésiculeuse / Érythème vésiculeux.	Érythème vésiculeux pur. Érythème vésiculeux érosif. Érythème vésiculeux bourgeonnant. (Fausse syphilide lenticulaire de Parrot. Syphiloïde post-érosive de Jacquet. Érythème lenticulaire de Sevestre.) Érythème vésiculeux polymorphe ou mixte.
Dermite au 3e degré.		
Dermite intertrigo.		Simple, érosive, ulcéreuse.

En le parcourant, on peut voir que ces lésions vont de l'érythème



Fig. 202. — Dermite papuleuse : syphiloïde post-érosive. (Malade de Parrot considéré à tort par lui comme syphilitique.)

J'ai dit les traitements de ces lésions qui semblent *dépendre* plus du mode de réaction cutanée de l'individu que de la cause même de la dermatose prurigineuse (p. 571).

ÉRUPTIONS TOXIQUES MÉDICAMENTEUSES

Les fesses ont été quelquefois le siège électif d'éruptions médicamenteuses, ou toxidermies, causées par les bromures, les iodures alcalins, l'antipyrine, etc.

Toutes les fois qu'une éruption brusque et étrange, de type anormal, sera survenue en ce siège, se rappeler le fait et procéder à une enquête immédiate.

Ces éruptions constituées ne demandent comme traitement que la suppression de leur cause et l'application de topiques cicatrisants quand elles ont pris une forme ulcéreuse.

TECHNIQUE DES INJECTIONS MERCURIELLES

Les injections mercurielles, employées dans le traitement de la syphilis, se font habituellement aux fesses, parce que l'expérience montre qu'il est nécessaire de les faire profondes, en plein tissu musculaire, et qu'il n'y a pas de région qui réponde mieux à cette condition.

Voici la technique : l'aiguille de platine iridié, flambée, montée sur une seringue *vide*, tenue bien en main, est enfoncée d'un seul coup, net, en pleine fesse, *en dedans* du passage du sciatique derrière le grand trochanter, seul point qu'il faille absolument éviter. Elle est enfoncée à fond, de toute sa longueur, pendant que le malade tient ses fesses contractées, ce qui diminue pour lui la très légère douleur de la piqûre.

L'aiguille enfoncée, on aspire avec la seringue vide pour voir s'il ne viendra pas de sang. S'il n'en vient pas, on enlève la seringue vide, on monte la seringue préparée et pleine, et on pousse l'injection. Aussitôt après, on retire d'un coup aiguille et seringue, et on frictionne durement la région avec une forte boulette d'ouate hydrophile imprégnée d'alcool; cette friction dure ayant pour objet de déplacer les plans musculaires les uns au-dessus des autres, et de fermer ainsi le trajet de l'aiguille pour que le liquide injecté ne ressorte pas.

lorsqu'on aspire avec la seringue vide, il vient du sang, c'est aiguille est dans un vaisseau; on l'enfonce davantage, ou on la , ou on la déplace. Ceci est très important, car les rares injec- de sels insolubles ou d'excipients huileux faites dans une artère onné lieu à des embolies atrocement douloureuses et suivies arres profondes. C'est un accident assez rare du reste pour qu'on te les cas, mais il ne doit pas arriver, et la technique ci-contre vitera toujours.

rtains médecins ont l'habitude de collodionner l'orifice des res faites. C'est une manœuvre que la théorie peut conseiller, qui, en pratique, peut être négligée sans inconvénient. Une e de ce genre n'amène de suppuration que quand l'aiguille était ieurement ou extérieurement sale, ou quand le liquide injecté septique.

contraire, il peut toujours être utile de faire sur la région une on d'alcool-éther avant de pratiquer la piqûre.

epsie de l'aiguille. — Les aiguilles de platine iridié qu'on flambe les détremper, donnent seules une sécurité complète, et c'est cela qu'on les emploie de préférence.

ringue. — Les seringues à huile grise (type : seringue de Bar- my) sont très préférables à toutes autres, parce que le liquide les gardent après une injection étant antiseptique et inaltérable, a pas la nécessité de les nettoyer, démonter, aseptiser à chaque

seringues à injections solubles ou à calomel, à contenance de timètre cube seront bouillies cinq minutes chaque fois avant s'en serve.

NODOSITÉS DES INJECTIONS HYDRARGYRIQUES

z certains malades, lorsqu'on injecte des préparations mercu- s dans l'épaisseur de la fesse pour le traitement de la syphilis, ovoque quelquefois la formation de nodosités plus ou moins , visibles, douloureuses; ce sont des infiltrats inflammatoires iques entourant le point de dépôt de l'injection. Cet inconvénient à son maximum, lorsqu'on se sert de préparations mercurielles bles : calomel, huile grise, et que l'injection n'est pas faite profondément; mais on peut le voir suivre l'injection de prépa-

rations solubles, même profondément injectées. Ces nodosités se prononcent du 5e au 15e jour après l'injection ; elles ne sont spontanément douloureuses que pendant qu'elles se forment. Elles restent sensibles à la pression plusieurs semaines et persistent sur place, en s'atténuant graduellement pendant des mois.

La cause qui fait ces nodosités chez certains sujets seulement n'est pas nettement déterminée. Le rôle de ces nodosités dans l'absorption moindre des sels injectés n'est pas non plus hors de conteste. On a retrouvé, après de longs mois, dans des nécropsies, ces nodosités kystiques contenant encore des sels mercuriels en abondance. On peut se demander si, dans certains cas où ces nodosités sont constantes, énormes, douloureuses, il n'y a pas avantage à se servir des moyens thérapeutiques anciens de la syphilis, car on évite la difformité et la douleur, et on apprécie peut-être mieux la quantité de médicament absorbé.

En tous cas, on ne prendra pas les restes de ces nodosités multiples régulières, exclusivement situées aux fesses, pour des tumeurs : lipomes, fibromes, gommes, etc., même si le malade refusait d'en avouer l'origine.

LES DERMATOSES GÉNERALISÉES

iste des maladies éruptives généralisées à toute la surface du
ıu à la plus grande partie de cette surface. Ainsi les fièvres
ématiques.

, d'autre part, des dermatoses qui, sans se généraliser jamais,
la surface cutanée, n'ont pas de localisation élective absolue
ent s'observer en tous points du corps. Ainsi les épithéliomas.
ontraire, il y en a qui ont des localisations électives, mais qui,
it, se généralisent à toute la surface du corps et demandent,
séquent, une description d'ensemble. Ainsi la gale.

naladies sont encore très nombreuses et obligent à un classe-
Et ce classement doit avoir des règles assez simples pour qu'un
n, même sans étude dermatologique préalable, puisse, dans
irtie de notre ouvrage comme dans les autres, retrouver sans
uel est le type dermatologique devant lequel il se trouve.

et Willan (XVIII[e]-XIX[e] siècle) nous en ont donné le moyen. Ils
ervé que les éruptions cutanées étaient presque toutes consti-
hacune, par la répétition, à l'infini, d'une même petite lésion,
nt appelée la *lésion élémentaire*. Or, les lésions élémentaires ne
s de formes très nombreuses, il est donc facile d'en retenir la
on. Ce sont elles qui vont nous permettre un classement très
que tout médecin puisse suivre aisément.

a des maladies cutanées caractéri- clusivement par **la squame sèche,** *foliation cornée, sans rougeur, sans ient au-dessous d'elle. Ainsi ferons- n premier groupe de dermatoses uses simples*	**Dermatoses squameuses** . . . . . **p. 584.**
d'autres dermatoses dont l'élément est une élevure plate, prurigineuse ie à celle que provoque la piqûre Et c'est tout le groupe des affections ennes.	**Dermatoses urticariennes** . . . . . **p. 598**

Avant d'envisager les dermatoses essentielles dans lesquelles le prurit est un élément dominant, j'esquisserai le tableau des **maladies parasitaires vermineuses**, *démangeantes, très faciles à confondre avec les prurigos*	**Dermatoses vermineuses. . . . . p.**
Il existe toute une catégorie de types nosographiques cutanés qui ont pour caractéristique le prurit, ou bien **la papule** *prurigineuse, petite lésion sèche saillante, plate, isolée ou groupée en placards épais, quadrillés. Nous placerons auprès des prurigos une esquisse de toutes les affections dont les lésions sont papuleuses ou papuloïdes*	**Dermatoses papuleuses et lichéniennes . . . . . p**
Il existe aussi toute une classe d'affections tégumentaires que caractérise **la vésicule**, *élément fait par une minime collection liquide, claire, soulevant légèrement l'épiderme superficiel. Et quand une dermatose vésiculeuse est excoriée elle devient exsudative*	**Dermatoses vésiculeuses et exsudatives . . . . . . p.**
Il est une autre classe de dermatoses que caractérise **la pustule** ; *et cet élément est fait apparemment comme une vésicule qui au lieu d'un liquide clair contiendrait du pus. Les éléments pustuleux ouverts deviennent des ulcérations plus ou moins superficielles*	**Dermatoses pustuleuses et ulcéreuses. . . . . . p.**
En dehors des dermatoses précédentes il en existe d'autres qui ont un point commun, elles sont caractérisées par la rougeur de la peau et dites érythémateuses. Cet érythème peut être fait de taches toutes petites ou **macules** *que la pression du* **doigt efface** *un instant. Ainsi la rougeole et les éruptions rubéoliformes*	**Rougeole et éruptions rubéoliformes. . . . . . p**
Ou bien cet **érythème** *d'un rouge* **écarlate** *est diffus sur des surfaces immenses. Cet état est aigu et alors du type de la scarlatine et des éruptions scarlatiniformes*	**Scarlatine et éruptions scarlatiniformes. . . . . .**
... *Ou bien il constitue des* **érythrodermies** *profondes à desquamation large, écailleuse du type d'un érysipèle immense, apyrétique et chronique*	**Érysipèle et érythrodermies . . . . .**

∃nfin *il y a des éruptions constituées* - *des épanchements sanguins intra-cuta-* ᵹ *en* macules *ou en taches* contusiformes ᵹ *la* pression du doigt *n'efface pas.* . . .	Purpuras et éruptions purpuriques. p. 666.
Je ferai ensuite en un chapitre la descrip- *n succincte de la* variole, *de la vario-* *de et de la* varicelle.	Variole. Varicelle . p. 672.
.. *Puis des éruptions dont la lésion élé-* *ntaire est* une bulle *ou vésicule balloni-* *'me constitutive des éruptions dites pem-* *igoïdes.*	Éruptions bulleuses et pemphigoïdes. p. 675.
Il existe encore toute la série des dys- romies, *mélanodermies, vitiligos et des* *térations scléreuses de la peau dites* sclé- dermies *et morphées.*	Dyschromies. Sclérodermies. . . . p. 685.
... *et la série des* tumeurs de la peau *depuis* *plus petites, comme le milium ou le* *lluscum contagiosum jusqu'aux plus* *sses du mycosis fongoïde et des sar-* *nes*	Tumeurs de la peau. p. 693.
'nfin il existe des maladies générales *ves, dont la durée se compte par années,* *'ont les manifestations cutanées diffè-* *moins par leur siège sur le corps que* *rès leur date dans l'évolution de la* *adie : ainsi la lèpre, la syphilis.* . . .	Grandes dermatoses infectieuses chroniques. . . . . . . p. 720.

est par elles que je terminerai.

Le quatrième pityriasis : pityriasis rubra de Hébra *est une érythrodermie exfoliante grave et sera étudié p. 663. . . . .*	Pityriasis rubra de Hébra. . . . . . p. 589.
Le cinquième est une affection proche parente du psoriasis et sera étudié après lui.	Pityriasis rubra pilaire. . . . . . . p. 595.
L'eczéma sec peut exister sans avoir été précédé d'une phase exsudative. J'en dirai quelques mots ensuite.	Eczéma sec . . . . p. 590.
J'étudierai après lui, dans son ensemble, le psoriasis dont nous connaissons déjà les principaux caractères et les principales localisations	Psoriasis. . . . . . p. 592.
Et le pityriasis rubra pilaire de Devergie-Besnier, *maladie plus rare que le psoriasis mais de mœurs très analogues . . .*	Pityriasis rubra pilaire. . . . . . . p. 595.
Enfin je terminerai par quelques mots brefs sur ces éruptions rares qu'on appelle parakeratosis variegata et parapsoriasis. .	Parapsoriasis. . p. 596, 597.

ICHTYOSE

L'ichtyose se reconnait facilement à deux caractères. L'hyperkératose qui la constitue est généralisée et elle existe depuis la première enfance.

Elle peut se montrer à tous les degrés, depuis celle qui fait la peau légèrement farineuse, sèche et grise, jusqu'aux plaques cartonnées épaisses, sordides, craquelées, noires, adhérentes, couvrant le corps (*ichtyose histrix*). L'ichtyose est familiale et héréditaire, quelquefois, mais non pas toujours. Elle s'accentue un peu avec l'âge, de 6 à 15 ans. Elle respecte les plis de flexion ou s'y présente toujours moins marquée qu'au dos des membres. Je l'ai étudiée aux membres (p. 522, etc.), au cuir chevelu (p. 199). Je n'en parle ici que pour mémoire et pour la bien différencier des maladies squameuses diverses qu'on peut voir généralisées. Le traitement de l'ichtyose est purement palliatif.

Ces peaux xérodermiques ont nécessité d'une hygiène spéciale, qui comprend des bains alcalins fréquents pour décaper les couches cornées mûres et adhérentes, et des applications fréquentes de glycéré d'amidon neutre résorciné ou de crèmes à l'oxyde de zinc salicylées au 1/100ᵉ.

DESQUAMATION DES PYREXIES

Toute pyrexie, toute maladie infectieuse, toute fièvre éruptive surtout et toute maladie fébrile à détermination cutanée peut se terminer par une phase desquamative, qui est très marquée dans la scarlatine, moins marquée dans la rougeole, etc., mais peut exister dans toutes. En présence d'une desquamation par larges squames, penser de suite à la scarlatine (p. 657) et à l'érythème scarlatiniforme récidivant (p. 659), car il y a beaucoup de scarlatines méconnues. Rechercher attentivement tous commémoratifs pouvant mettre sur la voie d'un diagnostic rétrospectif important. En soi, ces furfurations ont peu d'importance et disparaissent seules. Après la scarlatine et la variole, elles peuvent être des instruments de contagion ; d'où la prescription de vaseliner toute la surface du corps du malade, en convalescence.

Des crèmes à l'oxyde de zinc

Vaseline	ãã 50 grammes.
Lanoline.	
Huile d'amandes fraîche.	
Oxyde de zinc	20 —

remplissent ce but parfaitement.

DESQUAMATION DES ALITÉS (PITYRIASIS TABESCENTIUM)

Surtout marquée aux flancs, aux membres, elle ressemble à une ichtyose passagère. Comme l'ichtyose, elle couvre la peau d'une écorce cornée mince, grisâtre, craquelée, en partie adhérente, en partie déhiscente. La persistance de la couche cornée desquamante est due à l'immobilité et à l'absence de soins d'hygiène. C'est dire le traitement qui la fait disparaître : balnéation, savonnages.

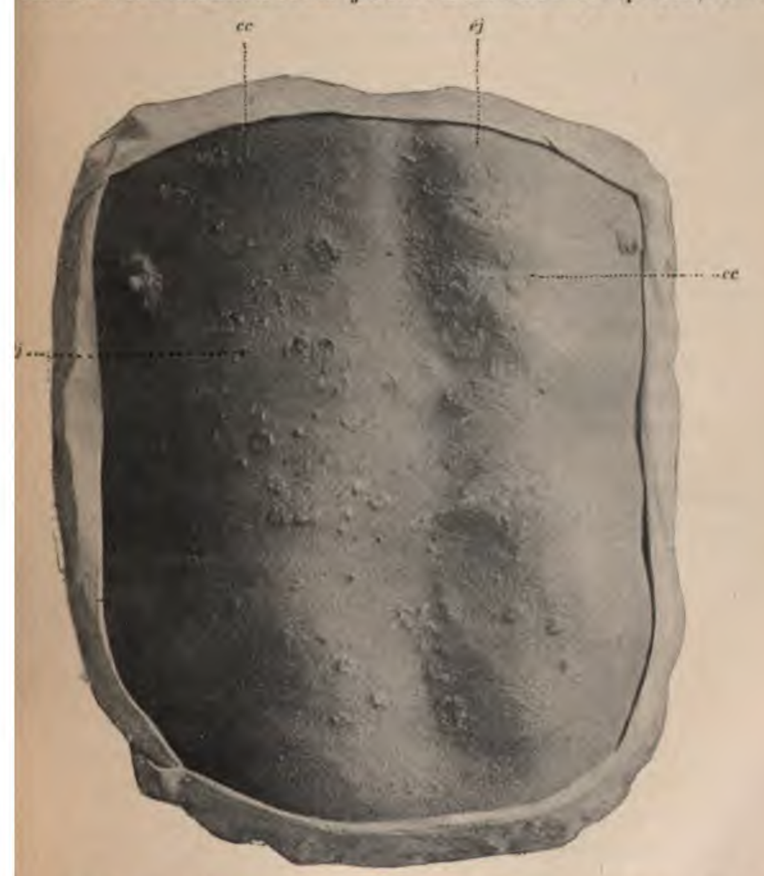
PITYRIASIS

Le mot pityriasis (πιτυρον, son) a été ramené dans la langue dermatologique par l'un des principaux fondateurs de la dermatologie moderne, R. Willan. Il attribuait au pityriasis la squame pour caractéristique unique. Le nom de pityriasis est resté attribué à cinq types

bides essentiellement différents, dont je résumerai brièvement les ctères cliniques.

PITYRIASIS SIMPLEX OU CAPITIS

pityriasis capitis, ce sont les pellicules sèches du cuir chevelu, adie chronique caractérisée uniquement par la squame déhiscente, réaction inflammatoire sous-jacente d'aucune sorte (p. 231). En de



5. — Eczéma parasitaire d'E. Besnier (pityriasis simplex généralisé). — *éj*, éléments jeunes. — cercles exfoliatifs constitués. (Musée de E. Besnier. Malade de l'hôpital Saint-Louis, n° 875.)

nombreux cas, on le voit se transformer en pityriasis à squames oïdes, apparemment grasses, douces au toucher, au-dessous des-

quelles l'épiderme est un peu plus rose qu'à l'état normal (p. 252). Sous ces deux formes, le pityriasis simplex ou stéatoïde a le cuir chevelu pour siège premier et nécessaire. Il a une deuxième localisation importante au niveau des régions médio-thoraciques antérieures et postérieures (p. 537), d'où il peut même passagèrement s'étendre et se multiplier au corps entier. Eczéma parasitaire de E. Besnier: comme en partant du cuir chevelu il peut se multiplier et s'étendre au visage (p. 133).

Ces généralisations, très incomplètes et passagères, sont fort rares et valent à peine d'être mentionnées dans un livre élémentaire. Cette éruption garde exactement les caractères figurés p. 538 et décrits page 133.

PITYRIASIS VERSICOLOR

Le pityriasis versicolor est constitué par des taches petites ou grandes, à contours géographiques de couleur brune, débutant presque toujours par les régions thoraciques antérieure ou postérieure et y restant le plus souvent cantonnées. Pour cette raison, cette maladie a été décrite page 538. Mais dans quelques cas, cette dermatomycose chronique a pu envahir la presque totalité du tronc, comme en fait foi la figure 194. Elle atteint rarement à ce degré d'extension. On pourrait la confondre avec une dyschromie, une mélanodermie, etc. Il suffit, pour prévenir cette erreur, de frictionner les taches avec un linge rude qui exfolie la couche pityriasique grise ou brune. (Traitement, p. 540).

PITYRIASIS ROSÉ

Le pityriasis rosé de Gibert est une dermatose généralisée qui n'offre aucune élection régionale et s'étend à presque tout le corps, en sorte qu'elle n'a encore été décrite nulle part en ce volume.

Elle débute par un placard unique, pityroïde, irrégulièrement rond ou ovale, liséré de rose et extrêmement trichophytoïde (Brocq). Ce placard est situé sur le tronc, les épaules, le bras, la poitrine, les flancs. Il demeure solitaire 2 ou 3 semaines ou plus. Puis, en quelques jours, naît sur tout le corps une éruption érythémateuse et pityroïde composée d'éléments d'abord petits, maculeux, roses, qui s'a

andissent et qui prennent chacun une physionomie tout à fait éciale. Leur centre est bistre et l'épiderme corné de surface y est oiré, finement plissé, chatoyant. Le pourtour des taches est d'une nte rose-lilas, finement desquamatif, bordé de squames en dentelles es. En examinant avec une forte loupe le liséré périphérique, on it qu'il est vésiculeux, comme l'histologie le démontre.

Cette éruption couvre le corps entier d'une sorte de roséole qui, ant Gibert, a été trop souvent prise pour la roséole syphilitique, quelle, pourtant, n'est jamais desquamante ni prurigineuse. Elle gmente pendant 8 à 15 jours, reste stationnaire pendant un mois et efface peu à peu. Ses caractères distinctifs sont : la première plaque ande trichophytoïde, l'éruption qui est cohérente sur le corps et ite de centaines de taches et qui respecte la tête et les extrémités : uption prurigineuse, pseudo-exanthématique, non fébrile, les taches ultes bistrées et moirées au centre, desquamantes au pourtour, de nte rose-lilas.

Il semble que le pityriasis rosé ne récidive jamais.

Mal traité, il passe par une phase d'eczématisation de toutes les ches, au cours de laquelle il devient méconnaissable (Besnier-Doyon).

Bien traité, c'est-à-dire peu traité, par les pommades anodines et cou- ntes, il disparaît plus vite, sans complications, sans laisser de traces.

La grosse erreur que le pityriasis rosé peut causer résulte de sa semblance avec la roséole syphilitique pour un œil peu exercé. rtant, on ne retrouve ni commémoratif de chancre, ni induration teuse aux lieux d'élection, ni ganglion indicateur, ni pléiade, ni y-micro-adénite. Enfin, le pityriasis rosé de Gibert ne laisse derrière aucune suite qui puisse prêter à confusion avec les autres accidents ondaires de la syphilis.

PITYRIASIS RUBRA

On ne donne plus ce nom qu'à deux types morbides; l'un sera idié (p. 595) à côté du psoriasis, avec lequel il présente de nom- euses affinités morbides. Il présente pour caractéristique au dos des igts et en maints endroits du corps une hyperkératose folliculaire ficielle, acuminée, qui donne à la peau l'aspect d'une lime ; en ance on l'appelle *pityriasis rubra pilaire*, maladie de Devergie- snier.

Le second *pityriasis rubra de Hébra* est bien moins caractérisé par

l'exfoliation lamelleuse de l'épiderme corné que par la rougeur intense et généralisée de la peau du corps entier. Aussi est-il justement rangé aujourd'hui parmi les érythrodermies où nous le retrouverons (p. 663).

ECZÉMA SEC

Un eczéma peut être sec seulement au cours de sa phase terminale desquamative, celle-ci suivant une phase d'état exsudative, ou bien, au contraire, il peut être sec d'emblée.

C'est à cette seule forme que nous nous attacherons ici, l'autre n'étant qu'une phase d'un eczéma aigu décrit ailleurs (p. 650).

L'eczéma sec est l'*eczéma rubrum*, dit encore *eczéma des arthritiques* ou même eczéma arthritique. Il peut avoir tous les sièges. Il s'observe avec prédilection au visage, autour des yeux, au dos des mains, aux avant-bras et aux jambes et il est ordinairement très localisé, mais il peut s'observer partout et en de larges surfaces.

Au niveau de cet eczéma, la peau est rouge, infiltrée, épaissie, chaude et recouverte de débris d'épiderme corné en desquamation, qui semblent des fragments de papier à cigarette collés sur la peau. Cet eczéma est excessivement prurigineux. Après les crises de démangeaisons, il peut donner lieu, par des pores difficiles à voir même à la loupe, à une infime exsudation, à peine une moiteur, bientôt sèche.

Cet eczéma, dont la cause est inconnue comme celle des eczémas en général, est d'une ténacité déplorable. Il est intolérant et supporte mal les médicaments actifs et les médicaments anodins n'ont sur lui aucun résultat.

Le traitement par les décongestifs : pansements humides à l'eau bouillie simple ou à l'eau bouillie de fleurs de sureau pendant la nuit, donnent quand on les enlève l'illusion d'une guérison, mais en quelques heures tous les phénomènes objectifs et douloureux sont revenus. C'est cependant en alternant les pansements humides et les applications de pâtes couvrantes

Oxyde de zinc	20 grammes.
Vaseline.	20 —

que l'on arrive finalement à un résultat. Des expériences en cours semblent démontrer sur ces eczémas l'action excellente des applications d'air surchauffé. La question est à l'étude. Le traitement interne est inconnu. Le régime alimentaire strict avec abstention de crudités,

ns, épices, charcuterie, vins et alcools, poissons, crustacés, choux-fleurs, tomates, oseille, aubergine, etc... est souvent



94. — Eczéma craquelé. (Malade de A. Fournier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 459.)

llé, quoique dans beaucoup de cas il soit difficile de décider ls de ces aliments ont une action mauvaise effective sur la e. Il est plus vrai et plus général de dire que tout ce qui est géré peut être mauvais pour l'eczémateux. A mon avis, le

médecin doit étudier attentivement le malade, faire faire son a
urinaire complète, souve
ter l'estomac et l'intestin
que leur fonctionnemen
sente de défectueux, mai
idée préconçue, sans syst
sans formule unique com
à tous les cas, car elle
certainement fausse. Le
choses que l'on sait su
eczémas, leur nature vrai
mécanisme, leur étiologi
nerait tout médecin no
matologiste.

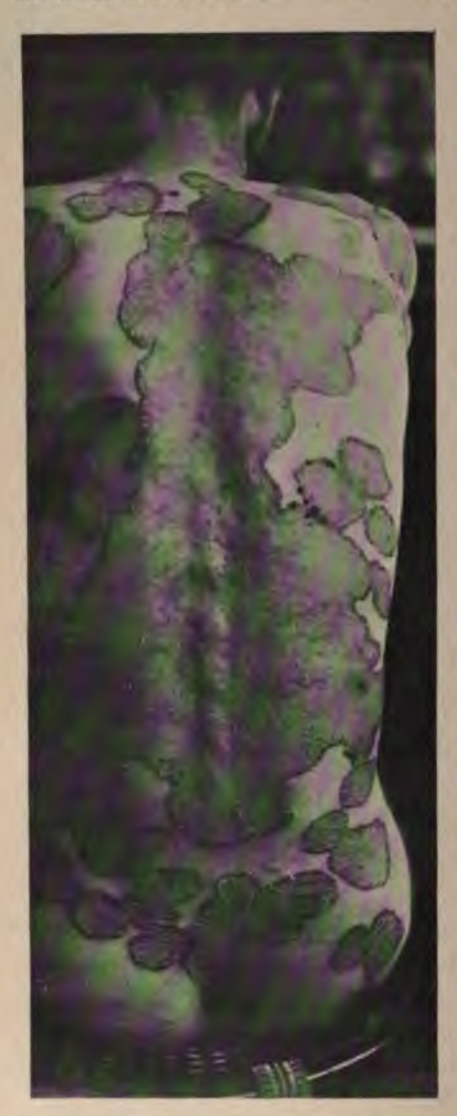


Fig. 205. — Psoriasis en placards nummulaires et polycycliques. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

PSORIASIS

Le psoriasis, l'une de
matoses les plus impor
est une maladie, de ca
terne ou interne incon
ractérisée par une ér
plus ou moins importa
taches rondes, rouges,
gralement recouvertes p
squame sèche, épaisse
ble, adhérente. C'est u
ladie chronique, paroxy
récidivante, qui, dans u
nombre de cas, s'accom
d'arthropathies chroniq
gressives.

Le psoriasis débute ra
avant 10 ans; on en a v
mencer pendant tout l
de l'âge moyen jusqu'à
et même au delà. Rien
nonce que l'apparition d'un premier élément caractéristique
tous les autres seront semblables. La lésion psoriasique à l'

n développement, est plus ou moins large, comme une pièce de . 20 ou une pièce de 5 francs en argent et davantage, recouverte gralement d'une squame cartonnée résistante, qu'on casse et la cassure est friable, qui se dissocie en écailles micacées, min- savonneuses, douces au toucher. L'écaille psoriasique enlevée seul coup met à nu une peau rouge d'où l'on voit sourdre par ieurs points une rosée sang. Sous la squame- te, la tache psoriasique rouge, la peau s'y mon- épaissie, dure, presque lore, mais profondé- t infiltrée, surtout si la on est d'ancienne date. lus souvent, le psoriasis ute par des taches sem- les aux genoux et aux les. Elles y demeureront éfiniment, confondues en ards polycycliques, ou inctes. Après un temps, taches psoriasiques ap- itront, petites ou gran- sur toute la surface du s, la maladie se géné- e. Il y a ainsi des types ques bénins de psoria- caractérisés par peu de es et des poussées rares, s types cliniques graves ctérisés par des taches mbrables et des poussées subintrantes. Alors les taches voi- s se fusionnent, elles confondent leurs bords qui se pénètrent urs squames-croûtes qui se réunissent. Ainsi se forment les pla- s psoriasiques qui peuvent, en plusieurs années, couvrir sur la du patient des surfaces plus grandes que celles qu'elles laissent mnes (îlots de réserve).



Fig. 206. — Apparition de lésions psoriasiques sur des traces de pointes de feu. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

e psoriasis normal a pour la face externe des membres, pour les les et les genoux, une prédilection évidente, mais cette règle peut

subir des exceptions qui sont comme des inversions du type normal. Dans ces cas, ce sont des psoriasis à croûte grasse, pseudo-séborrhéiques ou stéatoïdes, souvent nés sur des téguments séborrhéiques. Le psoriasis comporte de très nombreuses variétés objectives (lésions annulaires, polycycliques, en gouttes, en placards, etc.) et évolutives (psoriasis localisé au cuir chevelu, aux coudes et genoux, aux ongles, à des trajets nerveux, à des régions traumatisées, à des traces de pointes de feu (Jeanselme) et psoriasis arthropathique. Cette dernière forme se caractérise par des arthropathies progressives commençant par les extrémités et aboutissant au tableau du rhumatisme noueux déformant et à l'ankylose complète ou incomplète de certaines ou presque toutes les articulations. Cette maladie, très facile à améliorer, est difficile à guérir et ses récidives, après guérison apparente, sont classiques dans la dermatologie.

L'étiologie du psoriasis est tout à fait inconnue, et les opinions à son sujet purement hypothétiques. L'anatomie pathologique de la lésion surmontée de sa *squame-croûte* en fait une maladie cutanée des mieux caractérisées et des plus spécifiques (1), sans qu'on puisse affirmer sa nature endogène ou exogène.

Le traitement du psoriasis par les médicaments eukératosiques et kératolytiques est l'un des mieux fixés et des plus méthodiques de la dermatologie. Dans ce traitement, les médicaments utiles sont les goudrons, particulièrement l'huile de cade de genévrier, l'ichtyol, l'acide salicylique, pyrogallique, chrysophanique, la résorcine, la chrysarobine. On les utilise en pommades, en liqueurs, en traumaticines. La règle est de mesurer les doses à la limite de résistance de la peau du patient et pour cela on utilisera des formules graduées. Les préparations complexes donnent, en général, de meilleurs résultats :

1.	Huile de cade		15 grammes.
	— de bouleau		2 —
	Lanoline		15 —
	Vaseline		15 —
	Ichtyol	ãã	1 gramme.
	Résorcine		

(1) Autrefois on considérait la squame du psoriasis comme faite exclusivement par un processus d'hyperkératose simple. Aujourd'hui on sait que les lits de couches cornées entourent de minimes collections leucocytaires effusées successivement à la surface de l'épiderme par *exocytose* et superposées par étages. Ce sont ces agglomérats leucocytaires encapsulés par des strates cornées qui constituent essentiellement la squame-croûte psoriasique.

Huile de cade.		15 grammes.
— de bouleau		2 —
Lanoline		15 —
Vaseline		15 —
Résorcine	ãã	1 gramme.
Ichtyol		
Turbith minéral	ãã	1 —
Acide pyrogallique		

A cette deuxième pommade, on peut ajouter 30 à 50 centigrammes ide chrysophanique ou 1 gramme de chrysarobine, mais ce sont es préparations très actives et traumatisantes que l'on fera bien urveiller; l'acide pyrogallique pouvant donner de l'albumine et de chrysophanique l'érythème spécial et d'ailleurs très curateur porte son nom.

s pommades surtout cadiques sont mal odorantes, on peut en sans produits malodorants. Exemple :

Chrysarobine	1 gramme.
Oxyde de zinc	6 grammes.
Turbith minéral	1 gramme.
Vaseline	30 grammes.

ien se servir de traumaticines :

Chrysarobine	10 grammes.
Traumaticine	100 —

ieux, appliquer la chrysarobine dissoute, avec un pinceau, sur ue tache :

Chrysarobine	10 grammes.
Chloroforme	100 —

ouvrir d'une couche de traumaticine simple. (E. Besnier.)

PITYRIASIS-RUBRA-PILAIRE

pityriasis-rubra-pilaire, considéré par tous les auteurs comme naladie très analogue au psoriasis, beaucoup plus rare que lui, a u par Devergie, décrit par E. Besnier. Cette affection commence airement dans l'adolescence, est plus fréquente chez l'homme : l'a vue ni familiale, ni héréditaire. Elle est comme le psoriasis, sée ou généralisée, mais présente les plus grandes tendances à la alisation. On ignore ses causes, celle de ses poussées successives

et celle de ses améliorations spontanées. Elle débute au dos des mains et des doigts par des lésions hyperkératosiques folliculaires, de forme conique, qui ont été décrites en leur lieu (p. 415). Ces lésions peuvent se généraliser sous cette forme et la peau du patient est râpeuse comme une lime. Presque toujours, à ces lésions une fois faites, s'ajoute une hyperhémie marquée, avec une légère infiltration tégumentaire plus visible au visage, aux régions des plis et qui peut dépasser largement les régions où l'on observe les cônes cornés péri-pilaires. Alors d'autres formes d'hyperkératose en nappe, en surface, peuvent s'observer au visage, au cuir chevelu, aux plis de flexion: c'est une exfoliation lamelleuse, blanche, plâtreuse, au visage; un peu plus molle et moins sèche au cuir chevelu, et pouvant (rarement) entraîner la chute passagère des cheveux. Les ongles aussi sont marqués de striation transversale. Enfin, dans des cas frustes, le pityriasis-rubra-pilaire apparaît comme un psoriasis aigu en taches squameuses, un peu trop aigu pour un psoriasis, ses taches hyperhémiques sous-squameuses sont un peu trop violettes, moins rouges, moins infiltrées que dans le psoriasis, mais le symptôme différentiel entre les deux maladies est fourni par la peau du dos des doigts et ses cônes cornés folliculaires qui ne manquent jamais.

L'évolution est d'un psoriasis, avec sa longévité, ses récidives, ses poussées subites, ses accalmies, sa résistance au traitement. Le traitement est identique à celui du psoriasis (p. 594) et ses résultats sont analogues. Dans les poussées aiguës de pityriasis-rubra-pilaire, les résultats thérapeutiques sont incontestablement meilleurs que dans le psoriasis. Comme dans le psoriasis, l'état général du patient n'est jamais touché. La similitude des dénominations pourrait faire confondre le pityriasis rubra *pilaire* avec le pityriasis rubra *de Hebra*. Ces maladies n'ont rien de commun: le pityriasis-rubra-de-Hebra étant une érythrodermie exfoliante maligne (p. 665) de pronostic grave. Le *pityriasis-rubra-pilaire* est désigné souvent à l'étranger sous le nom de *lichen ruber acuminatus* (Kaposi, Neisser).

PARAKERATOSIS VARIEGATA

Unna a décrit sous le nom de *parakeratosis variegata* et Brocq sous le nom de *parapsoriasis en nappe*, une affection dont on sait très peu de chose en dehors de ses caractères extérieurs.

C'est une éruption pityroïde, desquamative en larges surfaces. Ces

faces occupent le plus souvent le haut du torse et les bras; elles vent couvrir la presque totalité du corps. La desquamation, peu rquée, ne fait presque aucun relief sur la peau, les squames sont érentes et la peau en est toute *moirée*. Ce caractère et l'extrême onicité de l'éruption, sa résistance aux agents kératolytiques ordires, sont ce que l'on sait de mieux de cette affection, dont on ore la nature exacte, la cause et le traitement.

On essaierait contre ces éruptions la chrysarobine au 1/40e, l'acide ogallique à 4 pour 100 et les kératolytiques les plus actifs, comme ns les psoriasis rebelles.

PARAPSORIASIS EN TACHES ET EN GOUTTES

Brocq rapproche du type précédent, sous le nom de parapsoriasis taches et en gouttes, des éruptions discrètes, pityroïdes et psoriaormes, d'éléments rares, petits, différant du psoriasis par leur sence de tendance à la généralisation, leur résistance aux agents édicamenteux, leur longue durée aux mêmes points et ce fait que le attage des squames provoque facilement sous la lésion une teinte chymotique. Cette affection, aussi rare au moins que la précédente, est point encore définie dans sa cause, sa marche, son traitement. devrait essayer contre des éléments de ce genre les réducteurs plus actifs, comme la chrysarobine et l'acide pyrogallique en des mmades cadiques fortes ou sous des traumaticines, comme dans psoriasis rebelles.

LES URTICAIRES

Lésion élémentaire. — La papule ortiée

Les urticaires sont des érythèmes spéciaux caractérisés par des élevures identiques à celles que provoque sur la peau la piqûre de l'ortie. *Nous étudierons donc d'abord la piqûre d'ortie elle-même. . . .*	**Piqûre d'ortie . . . p.**
En opposition avec cette urticaire tout artificielle nous présenterons l'état chronique connu sous le nom de dermographisme *dans lequel la peau est prête à faire partout de l'urticaire traumatique sans en faire spontanément . . . .*	**Dermographisme. . p.**
Ensuite nous examinerons les urticaires d'intoxication; les unes sont dues à des intoxications alimentaires	**Urticaire ab ingestis. . . . . . p.**
... d'autres sont dues à des intoxications médicamenteuses.	**Urticaires médicamenteuses. . . . p.**
... d'autres à la pénétration dans l'économie du liquide des kystes hydatiques. Je les mentionne simplement.	
Ces urticaires de cause définie étant étudiées nous étudierons les urticaires essentielles, *c'est-à-dire celles dans lesquelles une cause précise, nécessaire et suffisante à les produire, n'a pu être relevée. Et d'abord nous étudierons les urticaires aiguës et chroniques de l'enfant . . . . .*	**Urticaires essentielles de l'enfant. p.**
Ensuite nous présenterons les urticaires essentielles de l'adulte, et leurs diverses formes : purpura ortié, urticaire tubéreuse, géante, gangréneuse, etc., reportant l'étude de l'urticaire pigmentaire, qui n'est pas une urticaire, au chapitre des maladies papuleuses (p. 628).	**Urticaires de l'adulte . . . . . . p.**

LA PIQÛRE D'ORTIE. — LA LÉSION ORTIÉE

Tout le monde connait la piqûre d'ortie. Une fois constituée el
présente comme une élevure plate d'un centimètre de grand dia

le, large, livide, trop blanche ou trop rose, tranchant sur la peau voisinage, ordinairement centrée par un point déprimé, qui est la ìre même de l'*urtica urens*. Cette lésion est capitale dans la matologie, parce qu'elle est le prototype d'une série d'éléments logues quoique d'une origine tout autre.

n ce qui concerne celle-ci, on remarquera : 1° le traumatisme rne qui la détermine; 2° le prurit intense dont elle est le siège: 'action du prurit sur sa formation, car lors même qu'elle a paru, le prurit la fait reparaître et la renouvelle; 4° cette lésion t un œdème aigu localisé, ce phénomène suppose la participation ve des vaso-moteurs soit par réflexe des nerfs sensibles, soit par intoxication directe des nerfs vaso-moteurs en même temps que nerfs sensibles.

a rapidité d'apparition de l'élevure ortiée est singulière. Cette idité de naissance et de disparition fait partie des caractères jeurs de cette lésion. La piqûre d'ortie malgré les nombreux trax dont elle a été l'objet, présenterait encore la matière de nomuses études de dermatologie expérimentale très profitables à la npréhension des urticaires.

DERMOGRAPHISME

En opposition avec la piqûre d'ortie qui crée la lésion ortiée, même les téguments qui n'ont aucune propension à faire de l'urticaire ntanée, il faut placer cette réaction urticarienne latente qu'on elle le *dermographisme*.

Certains téguments présentent à tout traumatisme une réaction urtiienne correspondant exactement à la surface où le traumatisme s'est duit. Une égratignure, un frottement d'habit, un dessin même fait c une pointe mousse provoqueront des soulèvements ortiés et pruineux de tous les traits tracés sur la peau. Cette propension est able. Le même sujet la présente à des degrés divers pendant des ées.

Le sujet est le plus souvent une femme hypernerveuse, une hystéue, etc..., mais le fait peut s'observer même chez des femmes qui nt donné aucun signe de nervosisme en dehors de celui-là. Les mographiques ne sont pas ordinairement des urticariens, ils ne t que de l'urticaire traumatique. Ils sont prêts à faire partout de rticaire et *pourtant ils n'en font pas en éruption spontanée*.

Cette tendance est diminuée par les douches sédati
35-37° 3 minutes (*douches baveuses*) sans percussion



Fig. 207. — Stigmatisation provoquée. — Main du diable : *Sigillum diaboli*

ces malades aussi par les courants de haute fréqu
lement avec un résultat médiocre.

Il ne semble pas, dans la majorité des cas au m
graphisme soit en rapport avec des troubles diges

URTICAIRE « AB INGESTIS

L'urticaire *ab ingestis* est l'une des mieux con
après l'ingestion de certaines substances alime
crustacés, moules, une attaque aiguë d'urt
d'abord un fourmillement et une brûlure à l
insupportable, un prurit intense survient, c
s'établit avec des élevures ortiées confluent

tout le torse, sur les membres, sur les muqueuses même de la bouche, du nez, de la gorge et sans doute de l'estomac, avec vomissements. La situation reste la même pendant des heures; de nouvelles lésions surviennent pendant que les premières s'atténuent; elles évoluent au milieu de phénomènes d'indigestion fébrile plus ou moins marqués, et quelquefois d'empoisonnement véritable. Puis après quelques heures : 10 à 36 heures, les phénomènes s'atténuent peu à peu et tout rentre dans l'ordre.

Le traitement comprend l'évacuation de l'estomac par vomissement provoqué ou lavages, une purgation légère quand la digestion est plus avancée. Les symptômes locaux sont atténués par le bain permanent tiède. Pour la nuit, le poudrage du corps avec la poudre de talc donne quelque soulagement (500 grammes de poudre dans le lit), ainsi que les glycérés d'amidon neutre ou acide (acide phénique, acétique, tartrique 1/100) mentholés (1/100).

Il est à remarquer, dans l'étiologie de l'urticaire *ab ingestis*, que les mêmes aliments peuvent ne pas donner de l'urticaire à tout le monde; il y a donc des réactions ou prédispositions individuelles. Il y a aussi des aliments qui reproduisent toujours de l'urticaire sur certains sujets.

URTICAIRES MÉDICAMENTEUSES

Certains médicaments, donnent à certaines personnes une poussée d'urticaire très analogue à celle de l'urticaire alimentaire.

Ce sont particulièrement :

L'*antimoine* et les préparations antimoniales.

L'*arsenic*, sous toutes formes, peut causer (en outre des troubles cutanés que détermine son absorption longtemps continuée) : un érythème aigu en placards, une roséole ou de l'urticaire.

L'*antipyrine* peut donner lieu aussi à un érythème en placards le plus souvent urticariens et prurigineux.

La *quinine* de même, quoique ses éruptions soient plutôt scarlatiniformes.

Les *bromures* de même, quoique leurs lésions les plus caractéristiques soient papuleuses, larges, indurées, papillomateuses.

Le *chloral* détermine un érythème urticarien prurigineux du cou, de la bouche et du visage.

La *digitale* et ses dérivés, un érythème en placards, une roséole papuleuse et de l'érythème en cocarde.

Le *copahu* donne une éruption rubéoliforme et urticarienne à petits éléments, éruption à poussées subintrantes, ordinairement, quand sa cause est méconnue et son administration continuée.

Les *sérums antitoxiques* peuvent causer ou bien une poussée urticarienne dans les 48 heures qui suivent l'injection, ou bien 12 à 15 jours après l'injection une roséole (p. 655). Ces éruptions, malgré leurs symptômes généraux fréquents sont toujours sans gravité.

Les éruptions médicamenteuses disparaissent par la simple suppression de leur cause.

URTICAIRE VACCINALE

L'urticaire vaccinale apparaît du 5ᵉ au 8ᵉ jour après la vaccination, dure 2 ou 3 jours, disparaît en quelques heures. Signalée déjà par Jenner; sans gravité ni traitement.

URTICAIRE DE L'ENFANT

Les urticaires de l'enfant paraissent en rapport ordinaire avec des troubles digestifs, sans que leur cause immédiate et leur mécanisme soient aisés à définir toujours, et sans qu'il y ait le plus souvent un rapport certain entre les poussées éruptives et les aliments ingérés. Quelquefois on croit remarquer que les poussées urticariennes suivent chez l'enfant l'ingestion des œufs (en hiver), ou de tel aliment comme les haricots verts, d'autres fois, il s'agit chez l'enfant de poussées urticariennes récidivantes, et dans la genèse desquelles on incrimine l'alimentation *parce qu'on ne sait pas quoi incriminer*.

L'urticaire chez l'enfant peut prendre bien des formes :

Tantôt il s'agit d'une urticaire simple, plus ou moins intense ou d'éléments plus ou moins développés (*urticaire géante*).

Quelquefois au centre de chaque élevure ortiée se montre une vésiculette claire vite rompue. C'est la varicelle-prurigo d'Hutchinson (*urticaire vésiculeuse*). L'urticaire peut même devenir *bulleuse* aux pieds et aux mains.

L'*urticaire récidivante* qui a d'abord paru de type normal chez l'enfant (*strophulus pruriginosus* de Hardy), devient souvent du prurigo de Hébra. Si le prurigo de Hébra avait l'autonomie de la rougeole

le telle autre maladie spécifique, et il n'est pas impossible qu'il quière dans l'avenir, on pourrait dire que le prurigo de Hébra sente souvent une première phase urticarienne. Mais les urti-es récidivantes comme les diverses formes de prurigo ne parais-t pas être des maladies spécifiques : ce sont, à ce qu'il semble, de ples syndromes, des modalités réactionnelles de la peau, et qui vent sans doute se suppléer et se transformer l'une en l'autre.

insi l'urticaire (symptôme) se trouve souvent mêlée au lichen plex aigu ou prurigo aigu de l'enfance, l'urticaire chronique au rigo chronique, mais plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte.

ans le traitement de l'urticaire aiguë on traitera la cause pre-e : digestive, toutes les fois qu'on la trouvera certaine ou même able, mais il faudra se garder de cet excès, qui consiste à ndre à un urticarien toute espèce de nourriture sans avoir iné si les aliments qu'on lui supprime lui sont effectivement udiciables ; on amène ainsi de la dénutrition sans raison valable.

traitement par le régime lacté ne doit pas non plus être consi-comme la panacée des urticaires. Il y a des intestins qui ne le ortent pas, et qui font avec les graisses et les albuminoïdes du les produits de désintégration très toxiques.

semble fort douteux, en clinique, que les urticaires récidivantes xystiques, qui se conduisent comme une variété du prurigo de a, et qui ne sont souvent qu'une première phase du prurigo de a, soient en rapport quelconque avec le mode alimentaire, qui être modifié de fond en comble, et de dix façons différentes sans uencer l'évolution des urticaires et des prurits. L'urticaire *ab in-is* hante malgré lui le cerveau du médecin, et lui fait croire que es les urticaires sont causées *ab ingestis*. C'est une induction très othétique, et probablement même très fausse.

s traitements locaux restent ceux des urticaires aiguës de l'adulte lant les poussées ; lorsque l'urticaire est chronique, paroxystique, traitements externes se confondent avec ceux du prurigo de a (p. 618).

URTICAIRE DE L'ADULTE

urticaire essentielle de l'adulte n'est caractérisée que par ses lives. Une première poussée est toujours considérée comme *ab stis*. Cependant certaines gens, des femmes surtout sont soumises

à des poussées périodiques d'urticaire en rapport soit avec la fonction menstruelle, soit avec des migraines, avec des excitations nerveuses diverses : colères, émotions, etc., ou bien en certaines saisons, sous l'influence du froid ou du chaud en correspondance avec l'asthme des foins, etc., etc., et il faut bien dire que les causes données à beaucoup d'urticaires récidivantes de l'adulte, n'ont rien d'expérimentalement établi, et peuvent être de simples coïncidences : chez l'adulte le prurigo d'une part et les urticaires de l'autre, sont des réactions cutanées distinctes qui coexistent plus rarement que chez l'enfant.

Les considérations touchant le régime alimentaire des enfants atteints d'urticaire pourraient être reproduites en ce qui concerne les urticaires des adultes. Elles sont aussi vraies.

Les traitements locaux sont les mêmes.

Lorsqu'on croit à l'origine intestinale d'une urticaire, éviter, si l'on cherche à faire de l'antisepsie intestinale, d'administrer des médicaments tels que le salol, le benzo-naphtol et autres désinfectants capables de provoquer par eux-mêmes des éruptions cutanées.

Formes d'urticaire. — On mentionne dans les ouvrages didactiques des formes diverses d'urticaire :

1° L'urticaire mélangée de purpura : *purpura ortié*, purpura urticans, dont la gravité tantôt extrême, tantôt nulle, suivant les auteurs, paraît très variable, et soumise à la cause même du purpura concomitant.

2° L'*urticaire tubéreuse* faisant non plus des élevures ortiées, mais des œdèmes locaux gros comme un œuf de poule ou de dinde : éruptions toujours récidivantes, signalées chez des déprimés, hypochondriaques, aliénés, etc.

3° L'*urticaire géante* généralisée ou localisée à une région comme la lèvre, les paupières, etc., et ressemblant plus à un œdème accidentel qu'à une urticaire vraie, dont elle garde cependant la fugacité et la soudaineté d'apparition et les récidives.

4° L'*urticaire gangréneuse* dont on a signalé quelques cas, avec des points de nécrose au centre de chaque élevure ortiée ; c'était presque toujours une urticaire localisée, quelquefois récidivante *in situ*, quelquefois, au contraire, un zona gangréneux de forme anormale.

5° L'*urticaire pigmentaire* n'est pas une urticaire, mais une maladie papuleuse chronique débutant par des poussées ortiées successives (p. 628).

LADIES PARASITAIRES VERMINEUSES

d'étudier les maladies dermatolo- ɔrurigineuses du groupe des pru- hens, il est utile de décrire les ; vermineuses parasitaires qui ont es une grande ressemblance et je d'abord la gale humaine.	Gale. . . . . p. 605.
uite la gale spéciale d'automne qui gale rurale, ou rapportée de la ıe à la ville et qui est localisée ire aux plis et à la moitié inférieure :.	Gale des vendangeurs. . . . . . p. 608.
ɾale des « plumeurs de volailles », poules, qui ne donne à l'homme éruption passagère avec lieu d'é- ux bras.	Gale des poules . . p. 609.
ɪpellerai ensuite les caractères de ase du corps chez l'homme avec ıodermie et ses traces de grattage ɔulaires	Phtiriase du corps. p. 609.
erminerai en rappelant pour mé- ; piqûres de moustiques, de puces ıaises.	Moustiques, puces, punaises. . . . . p. 611.

GALE

le est une dermatozoose causée par un sarcopte : *Acarus* e la famille des acariens. C'est un parasite noctambule et la ı de la gale ne se fait guère qu'au lit, ce qui justifie cette :linique que la gale est une maladie vénérienne. L'idée qu'on maladie par simple contact, poignée de mains, etc., est

asite mâle est des plus rares chez l'homme, on ne voit d'or- ue la femelle. Les acares femelles se creusent dans l'épais- 'épiderme *corné* un « sillon » qui est exactement fait comme : des taupes et à l'extrémité duquel il est assez facile de les t de les extraire en déchirant le sillon avec une épingle. Les

œufs de l'acare et les matières fécales sont aussi caractéristiques
le parasite lui-même; on les trouve le long du sillon. L'acare se
à l'œil nu comme un point blanc. On l'examine au microscope
une goutte de glycérine ou de Baume du Canada sans coloration.

La contamination d'un individu humain par l'autre se produit

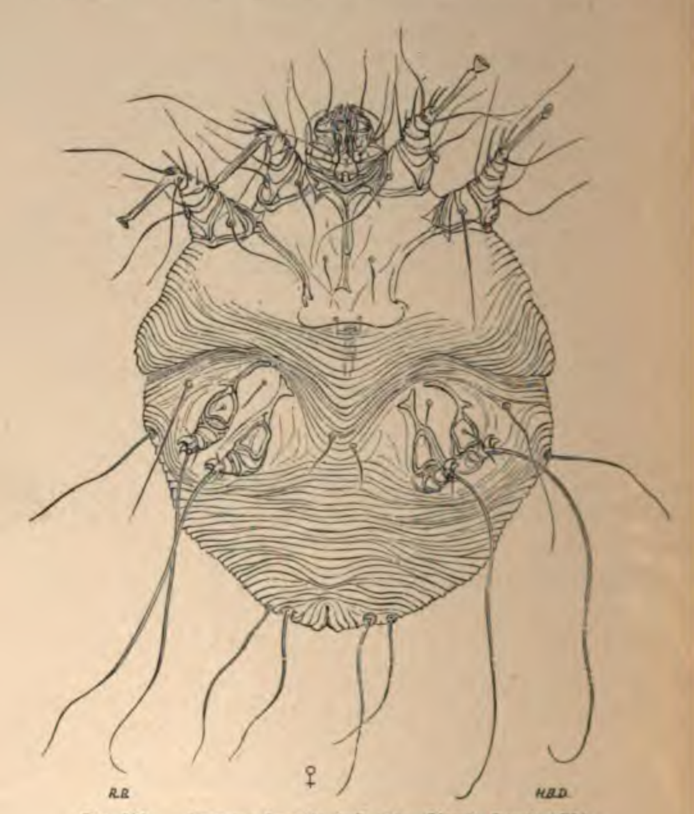


Fig. 208. — Sarcopte femelle de la gale. (D'après Bergh, 350/1.)

dant les contacts nocturnes, les premiers sillons sont ordinairem
chez l'homme sur le fourreau de la verge, chez la femme autour
parties génitales. La ponte de l'acare se produit de suite. l'incuba
des œufs demande quinze jours, les premières grandes démangeai
se produisent donc environ trois semaines après la contaminat
Elles augmentent tous les jours.

Elles se prononcent surtout aux régions génitales, aux rég
inguinales, axillaires, à la ceinture, au coude et au pli du coude,

gnets, aux mains, même à la face palmaire, aux espaces inter-
taux et aux doigts, enfin sur l'aréole du sein chez la femme. Sauf
s les gales d'origine animale (très rares), la gale respecte invaria-
nent la tête et le cou.

ans l'éruption, ce qui domine, ce sont des lésions de grattage, des
culettes et de petites papules excoriées. Sur les endroits les moins
nés par grattage on retrouve le sillon, irrégulier, tortueux, visible
use des poussières qui le dessinent promptement. Chez les gens
propres ce sillon est peu visible; pour le mieux voir là où on le
pçonne, on fait sur la peau une tache d'encre, on essuie quelques
ondes plus tard; l'encre remplit le sillon par capillarité et le
sine. Les sillons de la paume des mains, des espaces interdigitaux,
'éminence thénar, de la face palmaire du poignet sont les mieux
sinés.

a topographie même des lésions de la gale est significative et
met le diagnostic. De même les faits de contagion. Lorsque mari et
me se grattent l'un comme l'autre, ou bien plusieurs enfants de
même famille qui ont tous plus ou moins fait lit commun, on
t presque porter le diagnostic de gale avant tout examen.

a gale peut se compliquer de prurigo, d'eczéma, d'impétigo strepto-
cique, d'impétigo pustuleux, d'echtyma. Sans exception, les
tules ou phlyctènes de la surface palmaire de la main, chez un
et prurigineux de toute la surface du corps, appartiennent à une
e pustuleuse.

'ai envisagé les signes normaux et accidentels de la gale en chaque
ion : au fourreau de la verge (p. 481), au gland (p. 470), aux
selles (p. 288), au coude (p. 527), aux poignets (p. 570), aux
ins (p. 387), aux doigts. Le traitement de la gale est purement
erne [1].

l consiste en applications soufrées. La pommade traditionnelle
elmerich, même modifiée par Hardy :

Axonge.	120	grammes.
Fleur de soufre.	20	—
Carbonate de potasse.	10	—

) Il n'est pas inutile de rappeler que la gale jusqu'au milieu du XIXe siècle a
considérée par la plupart des médecins comme une maladie générale, diathé-
e et dépurative, ceci pour montrer à quelles erreurs les opinions doctrinales
onçues peuvent amener sur l'étiologie des dermatoses, et leur traitement, en
ence de faits expérimentaux.

est trop forte et donne très souvent lieu à des dermites traumatiques d'assez longue durée. Il vaut mieux lui substituer l'une des formules suivantes moins traumatisantes et aussi actives.

1.	Axonge benzoïnée	120 grammes.
	Soufre précipité	20 —
	Baume du Pérou	10 —
2.	Glycérine	200 grammes.
	Soufre précipité	100 —
	Gomme adragante	1 gramme.
	Essence de verveine	1 —

Avec ces topiques on fait une friction vigoureuse de la totalité de la surface du corps pendant 20 minutes. Ensuite on baigne et on savonne le malade.

Dans les 15 jours qui suivent on ordonne des onctions avec une pommade à l'oxyde de zinc et des bains d'amidon. Veiller à ce que le malade qui garde des démangeaisons ne fasse pas faire une nouvelle « frotte » se croyant incomplètement guéri (acarophobie).

La frotte détruit toujours tous les parasites. Elle peut épargner des œufs, mais dans ce cas une récidive ne peut être diagnostiquée que 3 semaines environ après la première frotte. Une seconde, faite 8 jours après la première, est faite sur des lésions de dermite qu'elle irrite davantage, etc. On a vu des malades mal conseillés subir 5 et 6 frottes successives et en garder une dermite artificielle de 3 mois.

Contre la gale on a préconisé beaucoup d'agents divers, le naphtol au 1/10e très irritant et de valeur thérapeutique médiocre, et tous les baumes : baume du Pérou, onguent styrax, etc., mélangés de moitié huile d'amandes douces fraîche. Les cas sont rares où leur emploi soit utile ou meilleur que la pratique des pommades soufrées. Ils peuvent donner comme elles des dermites. Les suppurations compliquant la gale guérissent sauf exceptions avec son traitement. Les plus accusées demandent quelquefois leur traitement particulier (p. 10).

GALE D'AUTOMNE OU DES VENDANGEURS

On désigne communément sous ce nom l'éruption due au parasitisme du *Trombidium holosericum*, plus connu sous les noms d'aoûtat ou vendangeron. Certaines contrées en sont infestées depuis le mois de

et jusqu'aux premières gelées qui le détruisent. C'est une petite gnée rouge, à peine visible à l'œil nu, et qu'on recueille en eyant dans la campagne ou même en marchant.

prurit est insupportable, le grattage est intense aux points de re qui sont presque toujours folliculaires. Le corps est ainsi ert en quelques jours de petites excoriations ouvertes; chacune prurigineuse pendant plusieurs jours.

ns les contrées où ces éruptions sont particulièrement communes, u, Saintonge, etc., le diagnostic ne souffre pas de difficulté. iption est d'ailleurs plus marquée aux jambes et les points de res décroissent de nombre à mesure qu'on examine le corps en oint plus élevé.

traitement le plus simple consiste en un brossage du corps avec brosse large, mouillée de

Éther de pétrole	ãã	90 grammes
Alcool à 90°		
Alcoolat de lavande		20 —
Acide acétique		2 —

GALE DES POULES

gale des poules chez l'homme est une éruption faite de macules es miliaires prédominant aux quatre membres et mélangées de s de grattage. La gale des poules est rare, elle ne s'observe guère hez les gens que leur profession y expose particulièrement, ceux lèvent des volailles, ceux qui nettoient un poulailler ou les gens oyés à plumer la volaille toute la journée. Elle est causée par le *anyssus gallinæ*, petit parasite acarien qui ne pullule pas sur me. Aussi la gale des poules disparaît-elle en quelques jours, traitement quand le malade ne s'expose plus à récolter de aux parasites.

PHTIRIASE DU CORPS

cas typiques, une fois vus, ne s'oublient point.

malades sont presque toujours des vieillards, des misérables, ou moins courbés et cachectiques, ou des jeunes ayant l'allure des demi-crétins. Leurs vêtements sordides exhalent une odeur

infecte. Le corps déshabillé est couvert d'érosions, ou de traces cicatricielles d'érosions produites par les ongles et toutes en lanières parallèles suivant la direction des mouvements instinctifs du grattage.

La peau est mélanodermique surtout sur le dos entre les épaules (p. 535), sur les hanches, le bas-ventre, la face externe et la racine des quatre membres. *Elle ne s'eczématise jamais*, mais elle est souvent lichénisée, couverte en outre de pustules et de cicatrices d'impétigo et d'ecthyma anciens.

Sur le corps on n'observe ni poux ni lentes. Quelques lentes peuvent exceptionnellement s'observer au long des poils du corps chez les individus très poilus. Normalement les œufs s'observent dans les plis, les angles et les ourlets des vêtements. Ils sont blancs, brillantés. On peut les trouver en nombre inouï, tous contigus, formant des bandes scintillantes dans tous les plis des vêtements retournés. Le pou du corps est blanc, plus gros et surtout plus long que le pou de tête brun. C'est dans les vêtements qu'on l'observe aussi et qu'il faut le rechercher.

Dans les cas où la phtiriase est peu marquée ou à son début, il faut faire le diagnostic de probabilité par la topographie des lésions groupées en des régions tout autres que celles que les prurigos affectionnent, car ceux-ci aiment la surface des membres et sont d'ailleurs beaucoup plus également répartis sur tout le corps que la phtiriase. La physionomie des lésions mêmes de la phtiriase où prédominent les traces d'ongles, sans qu'on voie de lésions papuleuses qui les provoquent, est aussi très caractéristique.

Mais c'est l'examen des vêtements de corps qui tranche la question. Il doit être fait dans les cas douteux avec la dernière minutie, en écartant tous les plis au fond desquels les parasites se logent toujours.

Le diagnostic peut rester difficile. On a vu des phtiriases du corps chez de vieilles femmes (même de condition sociale élevée), phtiriases diagnostiquées, prurigo sénile (p. 621) et traitées comme tel. Et il est certain que la phtiriase du corps peut dans certains cas exceptionnels être étonnamment tenace en dépit des soins corporels les plus minutieux.

Dans l'immense majorité des cas pourtant, la phtiriase du corps est une maladie de sordidité, que la propreté et le changement quotidien de linge de corps et l'étuvage des vêtements fait disparaître en peu de jours.

PARASITISME DES MOUSTIQUES, DES PUCES ET DES PUNAISES

La piqûre des moustiques ne devient fréquente en notre climat que r le littoral méditerranéen. Les piqûres du *culex pipiens* donnent acune une papule d'urticaire, centrée par le point de la piqûre. uand les piqûres sont très fréquentes, il y a un œdème diffus de la gion. Ces lésions sont très prurigineuses, et le moindre attouche-ement local réveille pendant plusieurs jours la crise de prurit.

Les piqûres de puce (p. 271) créent chacune une minuscule tache uge purpurique, quelquefois auréolée de rose. On peut en observer s milliers sur le même sujet : pseudo-purpura. Leurs localisations incipales au cou, aux avant-bras aident à faire le diagnostic, que la sion élémentaire suffit d'ailleurs à faire affirmer.

Les piqûres de punaises sont identiques aux piqûres de puces, ec une macule purpurique, une aréole rose-violet, mais chaque qûre s'accompagne d'une ortiation, comme la piqûre de moustique. diagnostic ne peut hésiter que si ces piqûres sont confluentes, r elles simulent un exanthème et, dans ce cas, le patient ne peut ère ignorer leur cause.

DERMATOSES PAPULEUSES
PRURIGOS — LICHENS

Lésion élémentaire : La papule

Les anciens lichens, les prurigos d'aujourd'hui, font une classe considérable de dermatoses généralisées. Avant d'en étudier les divers types je chercherai leurs caractéristiques élémentaires qui sont au nombre de trois	**Lichens-prurigos en général . . . . p.**
J'étudierai d'abord leur élément objectif, **papuleux.** *Tantôt cet élément prend la forme de la papule d'urticaire*	**Élément urticarien. p.**
... tantôt il prend la forme d'une petite éminence dure, pleine, un peu conique, souvent exulcérée par grattage, qui est la papule de prurigo.	**Papule de prurigo . p.**
Enfin, un élément constitutif du groupe nosographique est le prurit, c'est le plus constant, son origine garde encore bien des obscurités	**Prurit. . . . . . . p.**
Lorsque j'aurai étudié en soi chaque élément primitif des lichens-prurigos, j'étudierai leurs éléments secondaires, par exemple **la pigmentation.**	**Pigmentation des prurigos. . . . . p.**
... **l'hypertrophie ganglionnaire** *qui ne manque jamais.*	**Adénites. . . . . . p.**
... et les lésions-symptômes secondaires bien caractérisées objectivement, que l'on désigne sous le nom de **lichénisation** *et* **d'eczématisation.**	**Lichénisation. Eczématisation. . . . p.**
Ayant achevé d'étudier les éléments constitutifs des prurigos-lichens, j'en envisagerai les formes cliniques pures et d'abord la principale : le prurigo de Hebra.	**Prurigo de Hebra. . p.**
*Ensuite les prurigos de l'adulte, le plus souvent régionaux (*lichen circumscriptus *de Vidal).*	**Prurits de l'adulte . p.**
Et cette affection rare et singulière, presque spéciale au minus habens *connu sous le nom de* lichen obtusus *de Vidal.* . .	**Lichen obtusus de Vidal . . . . . . p.**

Enfin le prurigo sénile, si particulier en caractères et même en ses caractères gatifs	**Prurigos séniles . . p. 621.**
Et je rappellerai la synthèse clinique e E. Besnier a fait des lichens-prurigos ais sous le nom de Prurigo diathésique.	**Prurigo diathésique de E. Besnier . . p. 622.**
... terminant par un mot sur les pru- gos symptomatiques et secondaires très stincts des précédents.	**Prurigos symptomatiques. . . . . . p. 622.**
Dans la classe ancienne des lichens on nfondait jadis des affections essentiel- ment différentes des prurigos vrais dont us venons de donner un aperçu. Ainsi le **hen plan** *dont nous parlerons ensuite et nt l'autonomie est certaine . . . . . .*	**Lichen plan d'E. Wilson . . . . . p. 623.**
... La **porokératose** *qui ressemble au chen plan annulaire. . . . .*	**Porokératose. . . . p. 625.**
... et le **lichen plan corné atrophique** *très fférent du lichen plan vrai à beaucoup points de vue. . . . .*	**Lichen plan corné atrophique. . . . p. 625.**
... de même le **lichen scrofulosorum** *qui t une tuberculide papuleuse en îlots dis- minés (a été décrit plus haut). . . . . .*	**Lichen scrofulosorum. . . . . . . p. 568.**
... de même les éruptions de **tuberculides** *pulo-nécrotiques à évolution cicatricielle, nitis, folliclis, etc. . . . .*	**Tuberculides papulo-nécrotiques . . . p. 626.**
Pour terminer je rappellerai en deux **ots** *les caractères des éruptions papu-* **uses** *syphilitiques secondaires généra-* **sées** *. . . . .*	**Syphilides papuleuses. . . . . . p. 626.**
... les caractères de l'éruption papuleuse éléments mous et jaunes du xanthome .	**Xanthome généralisé. . . . . p. 627.**
*... les caractères de l'éruption papuleuse ronique connue sous le nom d'***urticaire mentaire***. . . . .*	**Urticaire pigmentaire. . . . . . . p. 628.**
.. et des éléments non papuleux mais puloïdes, hyperkératosiques folliculaires **pityriasis-rubra-pilaire** *de Devergie- snier . . . .*	**Pityriasis rubra pilaire. . . . . . . p. 628.**

Mais ces derniers types morbides ne peuvent être décrits à côté des cédents que si l'on spécifie leur nature hétérogène, car les prurigos- hens se rapprochent bien plus des urticaires et des eczémas que des f derniers types morbides précités.

PRURIGO. — LICHENS

Les prurits sans cause définie et les lésions cutanées qui les accompagnent et les suivent, constituent l'un des chapitres les plus difficiles de la dermatologie, nous chercherons à exposer clairement ce qu'on en sait, même au prix de quelque schéma.

En excluant de l'ensemble qui va suivre les prurits qui ne sont que le symptôme accessoire et secondaire d'une dermatose nettement définie, telle que la gale, il reste tout un groupe morbide où se retrouvent à divers degrés : 1° le *prurit* sans cause définie et que pour cette raison on dit protopathique; 2° la *papule acuminée* dure, très spéciale dite du *prurigo*, précédée ou non d'une *lésion urticarienne*.

Parmi ces trois éléments : *prurit*, *papule de prurigo*, *papule d'urticaire*, l'élément urticaire peut prédominer, mais il reste ordinairement peu marqué ou disparaît vite. Le prurit et les papules demeurent seuls. Bientôt un élément nouveau l'*hyperpigmentation* s'y ajoute. Et alors se trouvent réunis tous les éléments fondamentaux qui constituent ce qu'on appelle les prurigos, les anciens lichens de l'École française.

ÉLÉMENT URTICARIEN

Dans les prurigos-lichens l'élément urticarien peut d'abord dominer, surtout chez l'enfant. On croit avoir affaire à une crise d'urticaire simple, mais l'ortiation s'atténue tandis que les crises de prurit persistent; bientôt chaque élément d'urticaire, excorié ou non, fait place en son centre à une papule de prurigo, autour de laquelle la réaction urticarienne dure plus ou moins. L'éréthisme nerveux peut persister longtemps et ne plus se traduire que par la chair de poule, *peau ansérine*, que crée la contraction des muscles érecteurs des poils.

Quelquefois au cours de prurigos très persistants, certaines poussées de prurigo sont urticariennes et d'autres non.

PAPULE DE PRURIGO

La papule de prurigo naît après grattage, cela est cliniquement certain : « dans le prurigo le prurit est pré-éruptif » (Jacquet). Il n'en

ıt pourtant pas conclure que la lésion naît du grattage, car la sion pourrait préexister au grattage sans être visible *à l'œil nu*. En it, toute biopsie que j'ai pratiquée d'un point prurigineux, dans le urigo, montre des lésions histologiques considérables.

Quoiqu'il en soit, les papules de prurigo ont la forme d'un cône sez plat à sommet mousse, elles ont 1, 2, 3 millimètres de diaètre, moins d'un millimètre de hauteur. Elles sont *consistantes* et on pas molles. Elles peuvent suivant les cas, être rares, abondantes, sséminées ou agminées, plus ou moins grosses et aussi plus ou oins déformées. Beaucoup sont décapitées par grattage, leur sommet st occupé par une minuscule croûte sanguine d'un millimètre et emi de diamètre. La destinée de la papule du prurigo est des plus ıriables; tantôt elle persiste longtemps, tantôt elle s'efface et, dans ce ıs, laisse le plus souvent après elle une tache pigmentaire longue à sparaître. Quand elle persiste elle change de caractères. La papule eille de prurigo s'aplatit, devient lisse, brillantée et constitue avec eaucoup de papules semblables juxtaposées ou fusionnées, le placard e lichénification de Brocq. Ainsi constituée et sous cette forme elle eut durer des années.

PRURIT

L'élément prurit est l'élément le plus mystérieux des complexus ıorbides que nous décrivons. Même si on l'admet cause de la papule t des éléments qui en dérivent, sa cause à lui et sa nature sont tout fait inconnues. Il est généralisé ou localisé, le plus souvent aroxystique, avec des maxima vespéraux. Il commence quand le orps est mis à nu au moment du coucher, et peut se répéter souvent ans la nuit; d'autres paroxysmes peuvent exister pendant le jour. Le rurit peut être léger, le médecin le fait remarquer au malade qui 'ignore; dans d'autres cas il est terrible et peut conduire le malade u suicide. Dans certains cas il est sans trêve, dans d'autres, il est émittent. Bien qu'en général les lésions, apparentes, soient proporionnelles à l'intensité du prurit, il n'en est pas toujours ainsi.

PIGMENTATION

L'hyperpigmentation de la peau des prurigineux est plus ou moins arquée, mais elle manque rarement. Il y a une pigmentation diffuse

qui existe sur toute la surface prurigineuse, et une hyperpigmentation localisée à chaque papule de prurigo préexistante ou à chaque trace de grattage et qui leur survit longuement. Elle contribue à faire polymorphe la physionomie des prurigos, et on n'insiste pas assez en général sur son importance dans le diagnostic objectif des prurigos chroniques. Elle paraît être sous la dépendance du grattage. On sait que les traumatismes répétés augmentent l'activité fonctionnelle des cellules qui y sont soumises. Ainsi l'hyperpigmentation serait comparable à l'hyperplasie cellulaire qui fait la papule.

ADÉNITES

Les adénites dans les prurigos ne manquent jamais et n'ont pas été assez étudiées. Les prurigos généralisés constituent peu à peu une polymicro-adénite qui ressemble à celle de la syphilis secondaire pour la multiplicité des ganglions atteints, leur augmentation de volume, leur rénittence, leur peu de sensibilité à la pression. Je mentionne le fait parce qu'il est indiscutable et je ne me prononce pas sur la pathogénie qu'on lui a donnée. Car on en fait un résultat des infections microbiennes produites par le grattage; cela est acceptable dans le prurigo de Hébra très souvent eczématisé ou infecté; mais ces ganglions existent aussi généralisés, aussi indurés, aussi augmentés de volume, dans le prurigo sénile, même quand il ne s'est jamais produit pendant son cours d'eczématisation ou de pustulation, et à un âge où les adénites inflammatoires sont rares et peu accentuées : Question à l'étude.

LICHÉNISATION

L'organisation à demeure de la papule vieille de prurigo, la multiplication de ces papules à contiguïté l'une de l'autre, constitue le placard que Brocq a décrit sous le nom de lichénification, et dont il a mis en lumière la valeur nosographique.

Le placard lichénifié (Brocq) ou lichénisé (Besnier) est constitué par un infiltrat tégumentaire épais, qui double au moins la grosseur du pli de la peau; ce pli est dur et ne garde pas l'empreinte du doigt. La surface est faite de papules quadrillées en forme de coussins lisses,

. 209) brillantes, séparées les unes des autres par des plis fins peu fonds, jamais fissuraires. Comme Brocq l'a fait remarquer, cette énification est un processus commun de réaction cutanée, on voit eczémas chroniques faire en divers points des placards lichénisés. 'eczéma se fait lichen » (Bazin), mais la lichénification peut se e de toutes pièces sans eczéma, sous l'influence du seul prurit :



ig. 209. — Spécimen de lichénifications pures. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

énification pure. Toutefois un prurit semblable ne créera pas de ichénification sur toutes les peaux.

'our moi je ne puis voir dans la lichénification et l'eczématisation, toute origine, que deux processus communs dans les dermites chro-ues. Tantôt cette dermite est suintante : *eczématisation*, tantôt elle sèche et hyperplasique : *lichénification*. Et même quand celle-ci te à l'état pur, constituant le principal symptôme d'un type mor-e (névrodermite pure de Brocq), elle ne représente encore qu'un ptôme. Mais ces modes réactionnels de la peau, certaines causes matiques les déterminent, sans que nous sachions quelles causes tes font l'une et l'autre, et l'une plutôt que l'autre.

ECZÉMATISATION

'eczématisation (Besnier) est l'ensemble de lésions et de sym-ues objectifs communément attribués à l'eczéma (p. 630) : l'é-

pidermite très finement vésiculeuse, puis diffusément suintante, accompagnée de symptômes inflammatoires le plus souvent modérés. Le rôle du traumatisme externe dans l'apparition du phénomène « eczématisation » est plus ou moins évident; il est presque toujours reconnaissable. Autant que la lichénisation, l'eczématisation est un phénomène banal, qui n'appartient en propre à aucune dermatose et peut en compliquer un grand nombre. C'est, semble-t-il, une forme de réaction cutanée banale. Vouloir faire du lichen-prurigo une maladie, ou de l'eczéma une maladie ne me paraît pas justifié. Ce sont des syndromes. L'eczématisation est la *dermite humide*, comme la lichénisation est *la dermite sèche*. Elles sont le plus souvent associées, et leur proportion relative seule diffère dans le prurigo et dans les eczémas. Aucun symptôme objectif, subjectif, ou anatomique ne différencie d'ailleurs l'eczématisation d'un prurigo de l'eczématisation dans l'eczéma ou dans toute maladie qui peut s'en accompagner.

PRURIGO DE HÉBRA

Le prurigo de Hébra est une affection de l'enfance et de l'adolescence. Elle commence au premier âge, souvent sans qu'on en puisse faire immédiatement le diagnostic, par des poussées urticariennes plus ou moins généralisées, et ne se constitue guère à l'état de prurigo qu'à 3 ou 4 ans. Il en est des cas graves, des cas minimes et des cas moyens que je décrirai. Le prurit existe par crises vespérales surtout, et nocturnes. Il est intense. Le visage, les plis naturels, les avant-bras surtout, les membres entiers et le corps plus ou moins, sont couverts: 1° de petites papules de prurigo disséminées; 2° de lésions de grattage, d'érosions faites à coups d'ongles; 3° de lésions pigmentaires occupant la place des lésions passées; 4° très souvent, surtout au visage et aux plis naturels, le prurigo s'accompagne d'eczématisation plus ou moins marquée et chronique, avec épaississement de la peau. On peut, même chez l'enfant, voir de la lichénisation sans eczématisation.

La marche de la maladie est paroxystique, saisonnière; elle montre souvent des rémissions et recrudescences annuelles; sa marche est continue-rémittente, si l'on peut parler ainsi. Suivant les cas, la proportion relative de l'un des éléments constitutifs prend le pas sur les autres; au début, c'est le prurit et l'élément urticarien, avec eczématisation, car, à parler en général, l'eczématisation, la dermite humide,

us spéciale à la jeunesse et la dermite sèche (lichénisation) à moyen ou de retour.

vant les cas, les ganglions sont plus ou moins augmentés de e et sensibles. L'état général du malade reste bon ordinairement, le cas de poussées pyodermiques et furonculeuses qui sont ionnelles ou passagères. La croissance de l'enfant se continue, ouvent un adénoïdien, à rhinite chronique, à gros nez, à grosses . On disait un strumeux jadis et certains auteurs ont pu faire papule du prurigo de Hébra une scrofulide bénigne....

cause de cette maladie est tout à fait inconnue. Elle s'améliore l'âge; ses crises diminuent à la fois de nombre et d'intensité. ues crises isolées s'espacent à travers les années suivantes. la maladie guérit presque toujours, mais le malade peut garder urit sans lésions. Dans les cas graves, le prurigo de Hébra ire chronique et s'atténue sans guérir.

traitements sont tous palliatifs et symptomatiques. La haute ence est à conseiller toutes les fois qu'il existe de l'hypertension elle, ce n'est pas la règle. Les rayons X ont souvent une action urigineuse évidente, mais elle a été évidente surtout jusqu'ici les prurigos symptomatiques (p. 622) (*Mycosis fongoïde*). Les es efficaces ont été l'acide phénique au 1/100, le menthol au l'acide acétique crist à 1/200. Les colles de zinc, les pâtes ntes agissent en isolant la peau du contact de l'air et atténuent rs le prurit, car l'air même est traumatisant (Jacquet). L'huile le, l'huile de foie de morue, soit en emplâtres, soit par enve-nent du corps avec des bandes qui en sont imprégnées, ont des rémissions marquées et du soulagement. Aucun traitement e ne donne des résultats constants, valables.

PRURIGOS DE L'ADULTE

z l'adulte, le prurigo de Hébra peut persister sans modifications. le le plus souvent ses caractères ou bien il se complique de pla-de lichénisation plus ou moins nombreux et disséminés aux poi-aux avant-bras, autour du cou, aux plis de flexion, à la région , etc.

itres fois, des adultes qui, même enfants, n'avaient jamais té de prurigo, commencent à présenter des prurits localisés, les

femmes aux grandes lèvres (p. 500), les hommes au raphé scrotal (p. 491), à l'anus (p. 511) ou bien en l'une des régions nommées plus haut, principalement à la nuque et à la région sacrée.

Sous l'influence de ce prurit et du grattage incessant qu'il provoque se forment des placards de lichénification tels que Brocq les a décrits qui peuvent s'eczématiser, mais restent le plus souvent tout à fait secs, et qui durent très longtemps, des années, avec des intermittences relatives du prurit et des exacerbations.

Le traitement général est surtout celui du surmenage nerveux dont ces états procèdent d'ordinaire; d'autres fois, la cause occasionnelle est sera moins évidente et le malade demandera à être étudié minutieusement : le médecin traitera tout ce qu'il trouvera défectueux.

Le traitement local, en dehors des médicaments palliatifs indiqués à propos du prurigo de Hébra, emploiera les pommades composées cadiques faibles appliquées le soir et nettoyées le matin à l'huile quand la peau est intolérante, au savon et au blaireau à barbe dans le cas contraire. Les résultats sont lents et les récidives fréquentes surtout si l'hygiène générale du sujet n'est pas modifiée.

Huile de cade.		8 grammes.
— de bouleau		2 —
Ichtyol.	ãã	1 gramme
Résorcine		
Lanoline.	ãã	10 grammes.
Vaseline.		

LICHEN OBTUSUS DE VIDAL

Le *lichen obtusus* de Vidal est une affection rare, prurigineuse



Fig. 210. — Lichen obtusus. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

ctérisée par une éruption généralisée discrète de grosses papules ndies, dures au toucher, saillantes. Leur dimension, très égale, elle de la moitié d'un noyau de cerise environ. Ces papules per- nt des mois sur place et, lorsqu'elles régressent, sont remplacées d'autres en d'autres points. La règle est que cette éruption coïn- avec une névrose caractérisée ou une déchéance mentale. Le ement local ne diffère pas de celui des prurigos. Ses résultats des plus médiocres.

PRURIGO SÉNILE

partir de 50 ans, on commence à rencontrer des prurits d'un type veau : prurigo sénile.

n général, ils accompagnent une hypertension artérielle marquée, ont généralisés ; le prurit est continu et à peu près sans rémission, ne passagère ; leurs lésions cutanées sont très peu prononcées.

e prurit est quelquefois féroce, le malade use ses ongles sur sa u, au point de les polir comme de l'ivoire et de les réduire à moitié leur longueur. Il peut user ses sourcils par grattage au point qu'ils blent rasés au rasoir. A ce degré, la maladie est un supplice. Les bles cutanés visibles se résument à très peu de chose : un épais- ement généralisé de la peau entière, mais cet épaississement est intense, une augmentation de volume des rides du visage quand rurit y est marqué ; quelques excoriations très rares de la peau ; hyperpigmentation qui fait la peau cendrée, toute grise ; enfin une mentation du volume des ganglions, surtout à la racine des mbres : aisselles et aines ; tels sont ses caractères principaux.

e prurit accompagne d'ordinaire une artério-sclérose précoce, is tous les artério-scléreux ne sont pas des prurigineux. En général, rtant, dans ces formes morbides l'abaissement de la tension arté- lle influe favorablement sur le symptôme prurit. C'est pourquoi fluvescence et la haute fréquence unipolaire sont les moyens de ix à préconiser d'abord. Les rayons X, employés sans diaphragme r que l'irradiation couvre les plus larges surfaces possibles, aient à essayer ensuite. Les topiques médicamenteux dans ces mes n'ont qu'une valeur des plus médiocres.

PRURIGO DIATHÉSIQUE DE E. BESNIER

Il est à remarquer que les groupements morbides précédents n'ont aucun critérium assurant leur autonomie. On peut les décrire, comme nous l'avons fait, sous les trois rubriques : *prurigo de Hébra*, *prurigos localisés de l'adulte*, *prurigo sénile*, mais un enfant peut présenter du *prurigo-lichen simplex aigu* non récidivant, l'adulte aussi; le prurigo de Hébra s'observe même chez l'adulte. L'adulte peut montrer un prurigo que les années augmentent, mais qu'on ne peut qualifier de sénile à 40 ans, etc.

Aussi peut-on considérer les prurigos d'évolution prolongée comme appartenant à une seule individualité morbide et les réunir sous le nom de *prurigo diathésique* (E. Besnier). Ce nom réunit donc les dermatites prurigineuses chroniques, exacerbantes, paroxystiques, dans lesquelles les lésions cutanées multiformes qu'elles présentent, pendant toute leur évolution, restent toujours banales, c'est-à-dire bornées simplement à la lichénisation et à l'eczématisation. Cette vue générale montre à elle seule combien ce chapitre dermatologique des prurigos reste obscur. Il en sera ainsi tant que leurs causes efficientes ne seront pas mieux définies.

J'ai dit que j'aurais tendance, pour ma part, à ne considérer eczémas et lichens que comme la forme humide et la forme sèche individuelles d'une réaction cutanée de même origine inconnue. Car il semble que l'histologie fasse de la papule du lichen une vésicule d'eczéma abortive ou de la vésicule d'eczéma une papule de lichen dont le centre vésiculeux est devenu visible. Mais ce n'est pas le lieu de développer contradictoirement des doctrines qui sont toutes hypothétiques et conjecturales.

PRURITS ET PRURIGOS SYMPTOMATIQUES

Un certain nombre de maladies, ou de syndromes d'origine et de nature très différentes, s'accompagnent d'un prurit intense. Le prurit ictérique est l'un des mieux connus et des plus communs. Mais je ne puis faire ici l'histoire différentielle de toutes les dermatoses prurigineuses. Lorsque le diagnostic de prurigo est posé et son trépied symptomatique reconnu : prurit, papule, lichénisation, il faut se rappeler que certaines maladies ont une phase prurigineuse préliminaire. La

cipale de ces dermatoses est le mycosis fongoïde (p. 713). Ne ais poser un diagnostic ferme de prurigo vrai ou essentiel sans r pensé à cette confusion possible.

LICHEN PLAN D'ERASMUS WILSON

e nom ancien de lichen est resté à deux maladies. A l'étranger, on gne sous le nom de *lichen ruber acuminatus* le *pityriasis rubra ire* de France. On y désigne en outre sous le nom de *lichen ruber nus* (en France : *lichen plan*), une maladie éruptive de marche lente, nœurs très spéciales, décrite par E. Wilson.

e lichen plan n'est donc pas une variété de lichens-prurigos, c'est affection vraisemblablement aussi spécifique que le pityriasis rosé Gibert, le psoriasis ou la varicelle. Sa cause est inconnue, sa nature discutable, mais son autonomie n'est guère contestable tant l'his-gie de ses lésions les font particulières.

e lichen plan débute en général d'emblée, et non sur des lésions existantes. Je l'ai vu pourtant naître, une fois, au milieu des lésions n psoriasis et sur elles, et une autre fois sur les lésions d'un pity-sis médio-thoracique intense et par transformation *in situ* de ses ons. J'ai vu aussi son éruption être précédée par un placard primitif ntique à celui du pityriasis rosé (p. 588). Ces faits sont rares. linairement, le lichen plan débute par un semis de lésions sem-bles à toutes celles qui suivront. Ces premières lésions surviennent poignets, aux mains, à l'avant-bras ou sur le corps. Elles peuvent ter très longtemps localisées. Le plus souvent, l'éruption se fait, se éralise et se complète, de jour en jour, en quelques semaines.

Sa lésion est une papule. De la dimension des macules de la rougeole, papules du lichen plan sont d'un rouge jaunâtre, nettement sail-ltes, plates d'emblée et de surface lisse, de consistance demi-dure. papules sont très souvent disposées en archipel autour d'une lésion même morphologie, mais plus grosse. Ces archipels ont tous une me analogue qu'ils ne perdent que si l'éruption devient cohérente. e égratignure produit une série linéaire de papules sur toute sa gueur. Sur les régions costales, les papules se disposent en série nt la direction, surtout sur la face postérieure du corps, est celle s côtes elles-mêmes. L'éruption, très souvent cohérente sur tout le rps, devient confluente en certains points (face interne de l'avant-

bras, dos des mains, etc.). Ces placards sont au lichen plan ce lichénisation est au prurigo ; l'homologie est nette, mais le plac lichen plan est aussi spécial que sa papule. Ce placard minc d'un rouge pâle un peu violet, est quadrillé par de minces *a tions grises* qui en découpent la surface en tous sens. Le lich a des mœurs aussi particulières que ses lésions. On l'obse paume des mains, à la plante des pieds, dans la bouche e



Fig. 211. — Éléments papuleux confluents de lichen plan de E. Wilson. (Malade de I Photographie de Sottas.)

langue ; aux parties génitales, il peut couvrir le fourreau de l et même le gland.

Le lichen plan a des formes diverses. Son éruption peut être l limitée aux seuls éléments papuleux, ou bien érythémateuse, et les papules ont un cercle périphérique rose violet. Souvent la p du lichen plan présente un mince chapeau corné, dont le dével ment anormal crée une forme hyperkératosique. Dans certains ca papules sont énormes : forme hypertrophique ; dans d'autres c distribution des papules semble suivre un trajet nerveux ; d'autres, elle est circinée. Toutes ces formes, sauf la forme éryth teuse, sont rares. L'éruption ne s'accompagne à aucun mome symptômes généraux ; les symptômes fonctionnels sont des variables ; le principal est le prurit, qui peut être excessif, intolér ou à peine sensible ; les patients accusent un fourmillement, cuisson, quelquefois très pénibles. Ordinairement, ces sympt restent modérés et s'apaisent vite. La durée de la maladie es 2 à 4 mois dans les cas aigus ; plus souvent de 5 à 10 mois, quefois d'un an et demi et plus. Au cours de sa durée, on voit affection avoir des rechutes, je n'ai pas vu de récidives ; plusi

teurs en ont mentionné la possibilité. Lorsque la phase régressive rive, toutes les lésions qui s'effacent et disparaissent peuvent être mplacées par une pigmentation grise ou même noire dont la dispation est très lente.

Cette maladie n'a pas de traitement spécifique. Aucun traitement néral n'est valable et ne donne d'effet appréciable constant : la thépeutique se borne à diminuer les symptômes fonctionnels, le prurit, rtout dans les cas où il est grave, par les douches tempérées, 35°-37°, trois minutes de durée, aussi peu percussives que possible, quotiennes ou biquotidiennes (L. Jacquet). Les topiques locaux sont d'effet oral.

POROKÉRATOSE

La porokératose est une maladie rare très analogue au lichen plan nnulaire et dont l'histoire n'est qu'ébauchée (Respighi, Mibelli). Elle pour lieu d'élections les extrémités, la face dorsale des mains et des ieds, l'avant-bras, la jambe, les organes génitaux, la muqueuse uccale. Sa lésion élémentaire est une papule cornée peu saillante ntourée d'un cercle hyperkératosique dont elle est séparée par un illon. Quand la lésion est devenue grande, elle est irrégulièrement yclique. Au centre, la peau, un peu atrophique, est lisse ou squameuse, pourtour est fait d'élevures cornées cohérentes ressemblant à la apule élémentaire.

L'évolution de cette affection est chronique, les lésions demeurent ur place, n'augmentent plus de nombre, et restent toujours relativeent discrètes et rares. Les ongles peuvent être pris et deviennent nychorrexiques (p. 432). Dans la bouche, les lésions ressemblent celles du lichen plan. Elles sont inconstantes.

On a vu les lésions cutanées rétrocéder et guérir spontanément en aissant à leur place une petite cicatrice atrophique.

Aucun traitement n'a d'action reconnue. On doit essayer sur la peau ous les kératolytiques actifs : acides salicylique, pyrogallique, etc.

LICHEN PLAN CORNÉ ATROPHIQUE

Cliniquement la parenté du lichen plan corné *atrophique* avec le chen plan d'Erasmus Wilson ne me semble pas démontrée. Histologiquement je n'en ai pas étudié les lésions.

Le lichen plan corné est une affection rare, jamais généralisée (*à moins qu'on ne renferme dans sa description la forme hyperkératosique du lichen de Wilson*, ce qui me paraîtrait une erreur de nosographie) toujours localisée au contraire à une ou deux régions du corps et fait d'éléments discrets, disséminés, chroniques *in situ*, prurigineux, augmentant ou régressant lentement et *disparaissant par cicatrice*. Ces symptômes, ces mœurs sont étrangers au lichen de Wilson.

Le siège habituel du lichen corné est la jambe et le cuir chevelu; on en voit quelquefois des éléments rares autour du coude, à la cuisse. Ce sont des conglomérats de papules brunâtres, dures, irrégulières, hyperkératosiques. Chacun de ces groupements ayant une forme oblongue ou allongée. Quand la lésion dure depuis longtemps on observe à l'une de ses extrémités une cicatrice faite.

Traitement : destruction ignée, au galvano-cautère, emplâtre au minium-cinabre dit de Vidal.

TUBERCULIDE PAPULEUSE ACNÉIFORME A ÉVOLUTION CICATRICIELLE

Il existe une éruption généralisée qui est à la tuberculose ce que l'éruption papuleuse syphilitique secondaire est à la syphilis.

La confusion de diagnostic est très souvent faite tout d'abord, tant les deux éruptions se ressemblent topographiquement. C'est la même pluie d'éléments dispersés sur toute la surface du corps avec une prédominance aux membres.

Ces éléments d'un rouge-brun, vineux, sont des papules irrégulières de 2 à 5 millimètres de diamètre de 1 à 2 millimètres de saillie, souvent agglomérées par deux ou par trois, ou disséminées en nombre variable, durant des mois et disparaissant par atrophie. Cette atrophie se prononce au centre de chaque élément par une dépression étoilée. Bientôt la papule a disparu, la cicatrice reste sur la trace brun-violet de la papule disparue. Enfin la couleur même disparaît après des mois et la cicatrice reste, brun-pâle ou blanche.

Aucun traitement local connu. Le traitement général, le régime et l'hygiène des tuberculeux externes.

SYPHILIDES PAPULEUSES SECONDAIRES

Je ne fais que mentionner ici l'éruption profuse des papules rondes, plates, d'un rouge cuivré de la syphilis secondaire, si reconnaissable

sa diffusion qui n'épargne aucun point du corps à la concomitance
tous les accidents secondaires classiques, polyadénite, trace
durée du chancre, etc. (p. 720).

XANTHOME GÉNÉRALISÉ

Le xanthome généralisé sera décrit avec les tumeurs de la peau
. 708). Il est constitué par une pluie de petites lésions jaunes, molles,
apuleuses, qui peuvent être innombrables ou discrètes, prédominer



FIG. 212. — Xanthome généralisé. — Région de la fesse. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 4045.)

x plis naturels et aux points de frottement, couvrir les coudes, les
sses, le dos, les mains, les doigts.

Rien ne ressemble à ces éléments très particuliers du xanthome, à
r couleur d'un jaune un peu rose, à leur forme en pastilles, en

papules, en semis. C'est une éruption indolore, chronique, qu'on méconnaît jamais quand on l'a vue une fois seulement.

Voir pour le traitement, p. 114.

URTICAIRE PIGMENTAIRE

On désigne sous ce nom très faux une maladie rare, chroni papuleuse et pigmentaire dont voici la description succincte.

Elle commence au cours de la première année par des pous successives qui paraissent d'abord être de l'urticaire. Ce sont élevures assez urticariennes d'aspect mais de couleur rouge som Elles apparaissent d'abord sur le tronc, puis sur la tête, puis membres. Une fois faites, elles ne disparaissent plus, leur papul reste stationnaire ou même s'accroît et leur couleur devient foncé. D'autres poussées éruptives surviennent qui suivent la marche, en sorte qu'après un an, l'éruption est généralisée. La pe « truitée », couverte de taches papuleuses plus ou moins hautes les plus plates sont lisses, et les plus hautes de surface plis existe une forme maculeuse moins papuleuse que l'ordinaire forme nodulaire ou tubéreuse dans laquelle au contraire les sont plus saillantes. Il semble qu'au moment où l'éruption se con la peau soit toujours dermographique (p. 599), mais les orti provoquées ne se pigmentent pas et sont fugaces.

La maladie une fois faite reste stationnaire. On sait mal régresse. On a dit l'avoir vu régresser et disparaître. J'en ai vu durer après 16 ans sans aucune régression. Ce dernier fait la règle. La cause de l'urticaire pigmentaire est inconnue.

Aucun traitement ne donne de résultats quelconques.

PITYRIASIS RUBRA PILAIRE

Le lecteur pourrait chercher ici la description du *pityriasis-* pilaire, en confondant avec des papules ses innombrables cônes culaires cornés saillants, qui peuvent couvrir le corps entier donner l'aspect d'une râpe. Il est décrit avec les maladies squam p. 595 et figuré p. 416.

DERMATOSES VÉSICULEUSES ET EXSUDATIVES

Lésion élémentaire : La vésicule

D'autres affections dermatologiques ont la vésicule pour lésion élémentaire, ainsi la miliaire sudorale.	**Miliaire sudorale.** . p. 633.
... et l'urticaire vésiculeuse	**Urticaire vésiculeuse** . . . . . . p. 636.
La varicelle a sa place ailleurs (p. 673) mais j'en rappellerai au moins les caractères principaux différentiels	**Varicelle**. . . . . . p. 637.
De même l'impétigo pustuleux et l'impétigo phlycténulaire (p. 8) dont je ne dirai qu'un mot ici	**Impétigos généralisés** . . . . p. 637.
De même enfin le pemphigus foliacé dont je rappellerai en quelques lignes les caractères, car il est décrit avec les dermatoses bulleuses (p. 683).	**Pemphigus foliacé** . p. 637.

ECZÉMAS

« Apyrétique et non contagieux, l'eczéma est caractérisé par l'éruption sur différents points de la peau de vésicules petites, ordinairement très rapprochées ou groupées, avec peu ou point d'inflammation à leur base; il est ordinairement l'effet d'une irritation d'origine interne ou externe, et, chez les sujets dont le tégument est constitutionnellement irritable, il trouve des causes occasionnelles dans les agents les plus variés » (Bateman).

A cette définition il faut ajouter que l'eczéma est une dermatose prurigineuse, polymorphe suivant les cas et l'âge du cas examiné, localisée, diffuse ou généralisée, aiguë récidivante, ou chronique et paroxystique; sa cause demeure inconnue.

Quels que soient l'occasion d'un eczéma, son siège et sa forme, il est habituellement possible d'y reconnaître *la lésion élémentaire vésiculeuse*, même dans les formes dites : eczéma rouge, eczéma sec, eczéma craquelé.

L'eczéma demande donc qu'on décrive d'abord : 1° les vésicules eczématiques et le placard eczématique qu'elles constituent; 2° le prurit qui les accompagne et déforme les lésions par grattage; 3° le suintement et la croûte eczématique; 4° la phase de dessiccation, desquamation et retour à la normale qui termine la crise d'eczéma.

1° Vésicule eczématique. — Il faut l'examiner d'abord dans les

émas des mains et des pieds où elle est grosse comme un grain chènevis, très visible par conséquent, acuminée, claire, dure et icile à rupturer. Partout ailleurs elle est grosse *comme un chas iguille*, vite rompue par grattage ; aussi peut-on dire que, dans la itié des cas au moins, il est moins facile de voir la vésicule que reliquats.

ies reliquats sont une ponctuation rouge, grosse comme un point nprimerie (.), et qui fournit après grattage un suintement abon-it. Examiné à la loupe ce point montre à nu le corps muqueux, il creux parce qu'à son niveau la couche cornée a disparu. C'est donc minuscule exulcération épidermique suintante, ce qu'on peut eler le *pore eczématique*, reste de la vésicule eczématique disparue.

'lacard eczématique. — Le placard eczématique est formé par la érence d'une multitude de vésicules eczématiques, ou des pores ématiques qui persistent après leur rupture. Au centre de ces cards les lésions sont confluentes. Elles s'écartent au pourtour, igulièrement, en sorte qu'un placard eczématique vrai est presque jours de bords diffus. Une surface eczématisée peut être énorme ivrir un membre) ou très petite, très peu plus grande qu'un placard erpès ; mais alors il y en a ordinairement plusieurs disséminées sur orps sans aucun ordre.

° **Prurit**. — Le prurit accompagne l'apparition des lésions. Cette arition est plus prompte et plus vite visible que dans les prurigos, sorte qu'il est plus difficile de dire pour l'eczéma « que le prurit pré-éruptif ». Le plus souvent les lésions se montrent d'abord s les épidermes cornés minces, le prurit fait décapiter la vésicule la transforme en pore eczématique. Le placard vésiculeux devient placard suintant. Le grattage joint à la macération épidermique ortique l'épiderme corné, entre les pores eczématiques, sur toute urface du placard, qui devient lisse et de couleur rose ; même s les pores eczématiques y restent visibles comme des points ges.

Suintement et croûtes. — Le liquide qui sort par les pores natiques est collant au doigt, il empèse le linge, il est incolore, il it irritant pour l'épiderme du voisinage ; il est très concrescible et les croûtes ambrées. Ces croûtes sont punctiformes à l'orifice de ue pore si le suintement est peu abondant : on dirait un cristal

d'ambre. Ou bien le suintement est abondant et la croûte jaune, opaque, recouvrira tout le placard comme d'un parchemin, quadrillé de fentes qui le partageraient en tous sens; cette croûte est adhérente: son ablation renouvelle le suintement.

4° **Dessiccation, desquamation, restitution.** — Si la poussée eczématique est bénigne, l'épiderme se refait sous la croûte, qui tombe; une légère desquamation lui succède. Ensuite l'épiderme revient à la normale, car l'*eczéma ne fait jamais de cicatrices.*

Eczématisation, ses degrés. — *Eczématisation abortive.* — Ce tableau, moyen, peut être très réduit, à peine reconnaissable. Ainsi certaines jeunes filles présentent au visage des poussées légères, d'intensité variable, de l'eczéma que j'ai décrit p. 15 et dont certaines poussées montrent « entre cuir et chair » 10 à 15 vésicules espacées, que le grattage pourra respecter en partie. Le suintement sera minime. Toute la crise évoluera en huit jours.

L'*eczématisation moyenne* est celle que nous avons à l'instant prise pour type de notre description élémentaire de l'eczéma. Mais elle peut avoir tous les degrés.

Eczématisation chronique. — L'eczématisation chronique est en réalité une eczématisation récidivante sur place sans trêve; les poussées aiguës ou subaiguës se reproduisant avant que la trace des anciennes disparaisse. Ainsi se constitue un infiltrat de tout le tégument, faisant sur la peau une saillie permanente. Le placard d'eczématisation chronique continue à différer du placard de lichénisation, en ce qu'il est plus rose, plus œdémateux, moins « néoplasique » au toucher, moins dur, moins stable *in situ*, moins lisse de surface, parce que sa surface est souvent excoriée, moite, ou même exsudante. Mais il m'est impossible de considérer ces différences et les différences histologiques correspondantes comme spécifiques, et de ne pas relier étroitement l'une à l'autre les deux modalités réactionnelles de la peau. Ce sont, à mon avis, deux physionomies différentes d'un même processus. Les dermites prurigineuses, chroniques, banales, sont sèches : prurigo-lichen, ou humides : eczéma.

Y a-t-il une maladie eczéma? — Dans ces conditions on peut se demander s'il y a une maladie prurigo, une maladie eczéma, ou si ces deux mots ne doivent pas disparaître devant les mots : lichénisation, eczématisation. A mon avis les mots *prurigo*, *eczéma*, ne repré-

lent que deux symptômes, deux formes objectives de la réaction anée à une irritation chronique « externe ou interne de certains uments irritables » (Bateman). Mais cette question étant doctrinale doit pas nous arrêter longuement.

Dermites artificielles « eczématiques » ou « eczématiformes ». — pinion que je viens d'énoncer reçoit un appui considérable de ude des dermites artificielles chroniques des extrémités (voir p. 562). sont comme symptômes, marche, lésions histologiques, indifféciables de l'eczéma chronique, en apparence non traumatique.

Évolution de l'eczéma. — L'évolution de l'eczéma, bien plus que symptômes et ses lésions tendrait à lui assurer une autonomie pre, à en faire une maladie proprement dite, une *entité* morbide. l'eczéma est aigu-récidivant, ou chronique-paroxystique. *Ce n'est ais une affection passagère qu'en apparence.*

Étiologie de l'eczéma. — Presque tous les auteurs qui ont étudié zéma, au moins en France, s'accordent à dire que les eczémateux oniques présentent des troubles organiques dont l'*alternance* ou la *ncidence* avec les poussées d'eczémas est remarquable : ainsi de hme, de la bronchite chronique, des migraines, des poussées iorrhoïdaires. Contradictoirement il faut dire que les vieux eczémas servent chez de vieilles gens, et que les vieilles gens sont rarement mnes de toutes misères, même quand ils ne sont pas eczémateux. tout cas ces alternances et coïncidences sont des plus diverses et moins clairement définies. Ainsi et si les causes accessoires de zéma dans tel ou tel cas peuvent être remarquées, la cause vraie e mécanisme physio-pathologique de l'eczéma en général restent èrement à découvrir.

Formes d'eczéma. — L'eczéma aigu, vésiculeux, spontané ou proué est le type du genre; mais les formes d'eczémas sont très nomises. Je ne parlerai pas de celles que leur siège même déforme : mas palmaires (p. 406), péri-unguéaux (p. 425), eczéma des plis lexion (p. 555), eczéma du sein (p. 555), etc., mais seulement formes d'eczéma objectivement distinctes entre elles, quel que leur siège.

y a les placards d'*eczéma rubrum*, très peu vésiculeux, et qui sistent en un infiltrat rouge, chaud, à surface tégumentaire e, desquamante. C'est une forme fréquente aux jambes, au visage, ur des paupières. Cet eczéma est ordinairement localisé.

Il y a les *eczémas secs, craquelés*, très souvent provoqués par des irritants chimiques (avant-bras, visage), fréquents aux jambes aussi, et dans lesquels l'élément vésiculeux est si réduit qu'il faut regarder la peau à la loupe sous les squames, pour y découvrir les pores eczématiques (fig. 204, p. 591).

Il y a les *eczémas hyperkératosiques* qui peuvent s'observer aux quatre membres, mais sont surtout des eczémas des doigts, des orteils, des mains, des pieds.

Il ne serait pas étonnant d'ailleurs que l'on confondit dans l'eczéma (surtout chronique, lichénisé et déformé) des affections autres et autonomes que la dermite secondaire banale, sèche ou humide qui les recouvre empêchât de reconnaître.

L'*eczéma infecté* est moins fréquent qu'on ne le croit, ou du moins il y en a peu que les infections déforment à ce point de les rendre méconnaissables. Ces infections sont streptococciques (p. 648), et staphylococciques (p. 639). Les symptômes de ces pyodermites peuvent se mêler à ceux de l'eczéma, mais il est en général possible de voir si les pyodermites ont provoqué la réaction eczématique, ou si l'eczéma primitif s'est infecté secondairement.

α. Les *eczémas figurés*, ou ce qu'on appelle de ce nom, ne sont pas toujours des eczémas : l'*eczéma marginatum* de Hébra était la trichophytie inguinale (p. 299) et l'érythrasma (p. 298); l'*eczéma séborrhéique* de Unna est le pityriasis stéatoïde du cuir chevelu (p. 232) ou de la région médio-thoracique (p. 537) avec des cas de psoriasis surséborrhéique (p. 540), ou de psoriasis vrai, ou même des cas d'*intertrigo streptococcique* (p. 291 et 297), etc.

β. Tantôt une dermite est figurée parce qu'elle résulte de l'eczématisation d'une dermatose figurée préexistante, comme on voit les taches du pityriasis rosé de Gibert, traitées par le soufre s'eczématiser une par une.

γ. Ou bien une dermite eczématique figurée peut être provoquée par traumatisme sans qu'on sache les raisons de sa figuration, ainsi l'on voit des dermites « en rouelles », desquamatives, suivre sur les cuisses et sur tout le corps, la frotte de la gale, par exemple.

δ. Enfin il y a des eczémas figurés vrais, car leurs cercles trichophytoïdes au dos des mains (p. 385) peuvent accompagner un eczéma typique amorphe du corps.

On ne sait rien des causes de cette figuration. Voir en ces eczémas des eczémas primitivement ou secondairement microbiens, et revêtant

figuration géométrique parce qu'ils sont microbiens, est une hypo-
e que la comparaison seule des trichophyties, des pityriasis, etc.,
t appuyer, mais que ne confirment aucunement les premières
es expérimentales de la question.

raitement de l'eczéma. — Il n'y a pas un traitement interne ou
rne de l'eczéma, il y en a mille, ce qui prouve qu'il n'y en a pas
le bon.

n ce qui concerne le traitement interne des eczémas, d'ailleurs, il
rait sans doute savoir les catégoriser tout d'abord.

a catégorisation des eczémas n'a pas, à mon avis, été essayée d'une
n suffisamment synthétique. Les eczémas de la première enfance,
cause alimentaire pour la plupart (p. 5), ne sont pas ceux de
olescence, qui semblent liés à une espèce particulière de chlorose
15). Enfin il existe toute une catégorie d'*eczémas de dénutrition*
z les gens vieux, amaigris, eczémas *qui guérissent par la surali-
ntation*, contrairement à ce qu'on dit et écrit partout.

ans ces conditions, on ne saurait indiquer dans l'eczéma un
ime diététique fixe et toujours le même. Cela supposerait à l'eczéma
mécanisme physiologique uniforme et des causes univoques, ce
rien de connu n'autorise à croire.

En tous cas, un eczéma, surtout lorsqu'il dure ou récidive, impose
jours l'examen complet du malade, son analyse urinaire, etc., car
ne peut mal faire en corrigeant dans la mesure du possible tout
que l'on trouve anormal chez lui. Mais, en l'absence de théories
ologiques valables de l'eczéma, les vrais traitements de l'eczéma
qu'ici restent les traitements externes. Ceux-ci restent encore très
riables.

Les formes aiguës, intolérantes imposent les enveloppements
mides (Besnier) répétés deux fois le jour au moins et faits avec de
au bouillie simple, de l'eau de fleur de sureau ou de baies d'airelles,
de racine d'aulnée, etc.... Les cataplasmes de fécule de pomme de
re bien faits seront à préférer pour les eczémas de petite surface.
sont les moyens antiphlogistiques les meilleurs que l'on connaisse.
pendant la période aiguë, lorsque la température locale d'un pla-
rd d'eczéma est élevée, aucun topique n'est supporté ou n'a d'action
ile.

Cependant, parmi les applications locales utiles dans l'eczéma aigu,
plications d'air surchauffé qui sont à l'étude, pourraient, dans
, devenir un moyen de traitement pratique et valable.

Lorsque la température locale est tombée, beaucoup de topiqu peuvent être utilisés. En premier lieu les pâtes couvrantes au carbona de bismuth, à l'oxyde de zinc 1/4. Lorsqu'un eczéma est demi-squ meux, à croûte grasse, ou lorsqu'il a eu un pli naturel pour point départ, les pommades cadiques faibles sont bien supportées :

Oxyde de zinc	5	grammes.
Huile de cade	5	—
Vaseline	20	—
Lanoline	5	—

et donnent souvent des résultats excellents.

Les eczémas chroniques ou subaigus se trouvent bien des applica tions de nitrate d'argent au 1/20, au 1/15, au 1/10, alternant avec l pâtes ou crèmes de zinc. Les eczémas traumatiques demandent ava tout la suppression de leur cause.

Les eczémas des extrémités, très tenaces obligent souvent à d traitements vigoureux et supportent des médicaments kératolytiqu à forte dose : acide salicylique 1/20, chrysarobine au 1/30 ou 1/40. Je ai parlé (p. 585) en traitant des régions où ils se rencontrent. Ce pourquoi je limiterai ce paragraphe à ces seules généralités.

MILIAIRE SUDORALE

Au cours des pyrexies, surtout au moment de la défervescence q précède leur guérison, quelquefois en santé normale, pendant l chaleurs, ou encore après un mouvement de fièvre passager appar la *miliaire sudorale*. L'élément est une vésico-pustulette plus pet qu'un fin grain de mil, sphérique, et qui a l'air d'une perle posée s la peau ; chacune est cerclée d'une aréole rouge qui s'efface prompt ment. L'éruption de ces vésiculettes par milliers couvre la peau d thorax, du ventre, et même des membres.

Cette éruption n'a de valeur que par le pronostic bénin qu'elle com porte pour la maladie au cours de laquelle elle survient. Elle du deux jours et s'efface. Pas de traitement.

URTICAIRE VÉSICULEUSE

Dans l'urticaire vésiculeuse, qui est rare, l'élément urticarien p domine, et c'est au milieu de la papule ortiée que le soulèvement vé

culeux se produit. Cette vésicule existe sur chaque papule urticarienne ou sur la plupart d'entre elles. Le diagnostic d'urticaire vésiculeuse s'impose quand on en connaît seulement l'existence. Traitement de l'urticaire, p. 605.

VARICELLE

La varicelle est décrite p. 675.

C'est une fièvre exanthématique si bénigne que l'état fébrile peut passer inaperçu. Alors les éléments bulleux caractéristiques étant ouverts par grattage, flétris ou ulcérés, on pense à un impétigo dont les éléments (20 à 50 en général) seraient disséminés sur tout le corps.

C'est ordinairement une maladie de l'enfance. La recherche de la bulle polylobée caractéristique certifiera le diagnostic.

IMPÉTIGO GÉNÉRALISÉ

Quand on croit d'abord se trouver en présence d'un impétigo généralisé, il s'agit ordinairement d'une varicelle (p. 675).

L'impétigo pustuleux (p. 640) est presque toujours localisé au cuir chevelu (p. 204) et aux régions pilaires ; on ne le voit généralisé que lorsqu'il précède la furonculose généralisée (p. 642).

L'impétigo phlycténulaire (p. 8) est toujours localisé au visage, aux doigts, au dos des mains, aux poignets et si l'on en trouve des éléments disséminés sur tout le corps, ils y sont rares : trois à dix au maximum. Quand l'impétigo se généralise davantage c'est sous la forme ulcéreuse de l'ecthyma, chez les enfants du premier âge ou les cachectiques (p. 645, 646).

PEMPHIGUS FOLIACÉ

Cette maladie très rare a mieux sa place parmi les maladies érythrodermiques et bulleuses, que parmi les maladies vésiculeuses (p. 685). Il s'agit d'une grande dermatose rouge de l'âge mûr. Toute la surface du corps s'est prise insidieusement et reste d'un rouge sombre : on dirait un *pityriasis rubra de Hébra* (p. 665), mais quand on appuie le doigt sur la peau, il pousse, ride, et enlève la couche cornée séparée du reste du tégument par une moiteur. Plus tard, le

corps sera couvert de bulles plates, molles, ridées, qui donnent à des squames en abondance. C'est une maladie très lente cachectisante, qui se termine par la mort en 10-15 ans. Pas de tements autres que palliatifs.

VARIA

Je ne dirai rien ici des **dyshidroses**, parce que c'est une affecti vésiculeuse, limitée aux extrémités. Rien non plus du *zona*, qui p exister en toute région du corps, mais que j'ai décrit en ses locali tions les plus intéressantes et les plus fréquentes : zona ophtalmiq (p. 145), zona intercostal (p. 548). Rien non plus des bouquets d'*herp* récidivant qu'on peut aussi observer partout, mais dont j'ai me tionné les localisations les plus intéressantes : aux lèvres (p. 85) aux organes génitaux dans les deux sexes (p. 477, 481, 497).

DERMITES SUPPURATIVES

TAPHYLO-PUSTULE ET STREPTO-PHLYCTÈNE)

apitre sera consacré aux épidermites suppuratives qui ont ents ordinaires : le staphylocoque et le streptocoque ; chacun nt une lésion spécifique et particulière d'où dérivent de nompes cliniques différents.

lésions la première est la **pustule** **occique**, *pustule d'emblée, ordinai- ostio-folliculaire et centrée par un*	**Pustule staphylococcique**. . . . . p. 640.
en avons vu d'innombrables déri- naintes régions, l'un des princi- le furoncle.	**Furoncle**. . . . . . p. 641.
cet agglomérat de furoncles que gne sous le nom d'anthrax. . . .	**Anthrax**. . . . . . p. 642.
cette séquelle du furoncle que l'on sous le nom d'abcès furonculeux .	**Abcès furonculeux** . p. 642.
cette éruption généralisée que le peut créer, particulièrement au certains états de dénutrition. . .	**Furonculose généralisée**. . . . . . . p. 642.
ces types morbides ont pour cause ite la staphylo-pustule ostio-folli- à laquelle ils succèdent.	**Pustulation disséminée**. . . . . . . p. 643.
phylocoque peut infecter secondai- des lésions qui n'étaient pas pustu- 'abord	**Pustules d'acné** . . p. 644.
dans certains états de misère phy- ie, et après certains traumatismes, cle peut s'agrandir sur place et se mer en un ulcère bourbilleux qui yma willanique primitif.	**Ecthyma willanique**. . . . . . . p. 644.
ond élément des pyo-épidermites **lyctène streptococcique** *plate, large, l'abord, secondairement louche, purée*	**Phlyctène streptococcique**. . . . . p. 645.

Nous en avons étudié d'innombrables formes cliniques et dérivées; je n'en rappellerai que les formes qui peuvent tendre à la généralisation, ainsi la phlyctène streptococcique ulcéreuse, **rupia de Bateman**, *ecthyma des auteurs actuels . . . .*	**Rupia de Bateman.**
... ensuite une épidermite aiguë à streptocoque que certains auteurs interprètent comme un eczéma infecté et impétiginisé.	**Épidermite aiguë streptococcique .**
... de même une épidermite chronique à streptocoques qui pour certains n'est qu'un eczéma chronique entretenu par l'impétiginisation permanente dont il se recouvre.	**Épidermite chronique à streptocoques. . . . .**
Enfin j'étudierai ce qu'est l'impétiginisation secondaire de lésions cutanées préexistantes	**Impétiginisation . .**

PUSTULE STAPHYLOCOCCIQUE

Il y a deux agents ordinaires de suppurations cutanées : le sta
coque blanc et doré et le streptocoque.

La lésion du staphylocoque est une pustule ronde, saillante
jaune verdâtre, contenant du pus bien lié. Cette pustule occup
nairement l'orifice d'un poil, s'ouvre, ou sèche sans s'ouvrir. La
tombe laissant souvent autour du follicule une minuscule ci
circulaire.

Cette lésion est l'élément des éruptions pustuleuses de tous si
impétigo de Bockhart au cuir chevelu de l'enfant; sycosis des r
pilaires, moustache, barbe, nuque; dermite pustuleuse traum
des extrémités (improprement appelée *eczema chronicum* par l
C'est cette pustule que provoque le traumatisme du thapsia, de l
de croton, de l'huile de cade (acné cadique). C'est cette pustu
précède le furoncle, à l'orifice du follicule dont le furoncle occu
profondeur. Elle peut exister disséminée sur tout le corps da
furonculoses généralisées. Accessoirement elle est un élément
de tous les eczémas chroniques et de toutes les dermites chron
mais c'en est presque toujours un élément secondaire. De cette
dérivent un grand nombre des pustules de l'acné polymorphe,
celles de l'acné nécrotique, le furoncle, l'ecthyma *willanique*,
les staphylocoques infectent la surface de toutes les dermites ou
même quand elles ont eu le streptocoque pour cause première.

a pustule staphylococcique a, en général, le soufre pour médica-
it spécifique, mais ce médicament est irritant et beaucoup de
nites, dont l'élément microbien n'est pas seul cause, ne tolèrent
ses applications. Dans ce cas, on traite par les émollients et les
phlogistiques.

FURONCLE

e furoncle (vulgairement *clou*), est constitué par un point de
grène épithéliale et conjonctive ordinairement situé au long d'un
cule et en son milieu. Ce qu'on appelle le bourbillon du furoncle
le *nodus sphacélique* au centre duquel est la colonie staphylo-
ique compacte qui l'a fait.

e furoncle s'annonce par tous les symptômes inflammatoires clas-
es, très localisés en un seul point qui est gonflé, rouge, chaud et
oureux. Dans le furoncle, les symptômes subjectifs sont considé-
es par rapport à la lésion visible. La douleur peut empêcher le
meil; pourtant la température générale ne s'élève pas. Au 3e jour,
sion est acuminée et, en son sommet, on commence à apercevoir
int jaune sphacélique par transparence. Une goutte de pus soulève
eau qui s'ulcère. Par l'ouverture, apparaît le bourbillon, plus gros
lle, et qui mettra 2 ou 3 jours encore à s'éliminer.

es symptômes douloureux s'apaisent après l'ouverture. Le bour-
n, une fois éliminé, laisse une cavité qui se comblera en quelques
s pendant que l'inflammation circonvoisine s'apaisera.

es furoncles surviennent souvent par séries; une série doit faire
niner sérieusement l'état général du malade.

raitement : Dès les premiers symptômes, épiler le poil qui centre
sion, et appliquer, à une heure d'intervalle, deux gouttes de tein-
d'iode, ou bien recouvrir d'un cataplasme de fécule de pomme de
fait à chaud, posé froid, arrosé de quelques gouttes d'alcool
phré. Dès qu'il est sûr qu'on n'évitera pas le sphacèle caracté-
que, faire une large ponctuation profonde au galvano-cautère,
st douloureuse mais fait avorter très souvent le furoncle; au moins
-on ainsi son évolution moins douloureuse. Quand le bourbillon
rmé et s'élimine, l'enlever sans l'écraser sur la peau, puisqu'il
ent le germe de beaucoup d'autres.

nsements humides jusqu'à l'élimination du bourbillon; panse-
s secs, aseptiques ensuite, ne pas employer d'emplâtres soi-disant
eptiques et en réalité irritants.

N.-B. — Quand on assiste au développement successif de plusieurs furoncles, on voit qu'ils sont précédés, à 3 ou 4 jours d'intervalle, par une pustulette orificielle qui est l'inoculation mère du furoncle. Quand on en verra se reproduire, les détruire systématiquement au galvanocautère.

ANTHRAX

L'anthrax est un furoncle énorme constitué par la formation de plusieurs nodus sphacéliques côte à côte, en série, provoquant la formation d'une série d'orifices contigus d'élimination à la peau. Les symptômes subjectifs, déjà si violents, du furoncle sont multipliés par le nombre des foyers furonculeux, les symptômes généraux sont proportionnels à la dimension que prend l'anthrax.

L'intervention doit être large, vraiment chirurgicale. Aider à la détersion profonde par des pulvérisations d'eau bouillie, garantir la peau voisine par des pâtes couvrantes aseptiques. Soutenir les forces du malade. Chercher la glycosurie possible et toute tare fonctionnelle organique. Je n'insiste pas : le traitement de l'anthrax étant vraiment plus chirurgical que dermatologique.

ABCÈS FURONCULEUX

Quelquefois, après des symptômes locaux analogues à ceux du furoncle, l'ouverture donne issue à 3 gouttes de pus, au lieu et place du bourbillon sphacélique. C'est une évolution autre d'un même processus, le microbe a fait du pus au lieu de faire du sphacèle.

Quelquefois ce processus s'observe autour d'un furoncle qui vient d'évoluer, et comme une complication. Dans ce cas, il peut augmenter de volume et de symptômes et faire le phlegmon post-furonculeux.

Même origine, mêmes symptômes fonctionnels, même traitement que pour le furoncle et l'anthrax.

FURONCULOSE GÉNÉRALISÉE

On peut voir, en concomitance avec le diabète (la chose est classique), mais aussi sans rapport apparent avec un état général quelconque, une furonculose généralisée s'établir. Elle peut s'observer à tous les

degrés. On peut voir un sujet jeune ou vieux, plus souvent vers la cinquantaine, présenter de 10 à 1000 furoncles en un an. Dans ce dernier cas, il en apparaît continuellement : le sujet n'est jamais indemne. On comprend la gravité possible de cet état surtout s'il est venu s'enter sur un trouble organique profond constitué, tel que le diabète.

Dans tous les cas, examiner le malade très attentivement à tous points de vue, chercher son organe faible, faire faire l'analyse d'urine complète, relever le taux phosphorique s'il est inférieur, faire disparaître l'oxalate de chaux s'il y en a, ou l'acide urique par les moyens appropriés, surveiller surtout l'alimentation du malade et faire que le régime conseillé ne le laisse pas maigrir, ce qui est fréquent.

Il y a des cas où la furonculose généralisée ne semble provenir d'aucun trouble général perceptible. Le plus souvent, d'ailleurs, la furonculose généralisée dure 6 mois, un an, 18 mois, s'atténue et disparaît avec ou sans rechutes par la suite.

PUSTULATION DISSÉMINÉE

Dans presque tous les cas de furoncles, qu'ils aient été rares ou fréquents, leur apparition survient pour chacun, 3 ou 4 jours après l'évolution, au même point, d'une pustulette ostio-folliculaire qui a ensemencé le follicule.

Ces pustulations disséminées, surtout chez les hommes jeunes, et de poil roux, sont assez fréquentes. Sur dix pustules, une donne un furoncle, les autres avortent.

Dans les furonculoses généralisées, les malades arrivent à annoncer leurs furoncles par les pustules préalables de l'orifice du follicule. Cependant aucun livre qui parle des furonculoses généralisées ne mentionne cette pustulation préalable, à ma connaissance du moins.

Il y a lieu d'instituer contre elle les mêmes traitements généraux dont il est parlé plus haut.

Chaque pustule si le malade peut se présenter au médecin sera détruite par une pointe de feu folliculaire. Dans le cas contraire, le malade épilera le poil qui traverse la pustule et laissera tomber sur place une goutte de teinture d'iode.

PUSTULES D'ACNÉ

J'ai décrit au visage (p. 17, fig. 7) et avec la région scapulo-thoracique (p. 528), l'acné pustuleuse, assez pour n'avoir pas à y revenir. Elle n'est que l'un des éléments de l'acné polymorphe qui montre sur une peau grasse des éléments d'acné indurée, d'acné ponctuée noire, d'acné kystique sébacée et d'acné suppurée.

Pour certains auteurs, la suppuration de l'acné est due, comme l'acné punctata elle-même, au micro-bacille spécial (décrit p. 14) (Unna); pour d'autres, la suppuration est ordinairement due à l'infection staphylococcique surajoutée à l'orifice d'un follicule occupé au préalable par un comédon (Sabouraud), et quand cette infection est produite par le staphylocoque gris commun, il y produit l'acné suppurée commune, et quand l'infection est celle du staphylocoque doré, il crée la pustule plate, large et sphacélique dans la profondeur, de l'acné nécrotique (*impetigo rodens*, de Hillairet-Gaucher).

Traitement de l'acné pustuleuse, p. 16.

Traitement de l'acné nécrotique, p. 261.

ECTHYMA ANCIEN (DE WILLAN)

L'ecthyma de Willan, presque spécial aux jeunes soldats, aux cavaliers, montre ce que devient la furonculose traumatique chez des surmenés.

Le frottement du fourniment, des bretelles, le traumatisme de la selle déterminent et multiplient de la furonculose simple. A la face interne des cuisses, des genoux, des jambes, l'équitation en fait des lésions ulcéreuses. C'est là l'ecthyma de Willan. Chaque lésion commence *par un furoncle*, le bourbillon expulsé laisse sa place vide qui s'agrandit et se creuse en tous sens. L'ulcère creux, bourbilleux, se recouvre d'une croûte imprégnée de sang desséché et d'une couleur brune; quand on l'enlève, l'ulcération reste à nu. Lorsque deux furoncles naissent l'un près de l'autre, leur cavité peut se fusionner, l'ecthyma devient largement ulcéreux. Après guérison, restent des cicatrices indélébiles dont les plus larges ont quelquefois 4 centimètres de diamètre.

Traitement général : Repos et balnéation, alimentation saine et

ıntielle : faire tomber les croûtes avec des pansements humides, ıser les ulcérations avec la pommade au sous-carbonate de fer 40°. Traiter les derniers furoncles qui naissent, comme des cles ordinaires.

ignore si cet ecthyma furonculeux est le résultat du traumaseul ou si une infection secondaire du furoncle est nécessaire le constituer.

ecthyma *de Willan* ne doit pas être confondu avec l'ecthyma des rs actuels qui désignent maintenant sous ce nom ce que Willan ait *rupia*.

PHLYCTÈNE SÉRO-PURULENTE

face de la pustule staphylococcique que nous venons de décrire ses dérivés pathologiques et ses types cliniques différenciés, doit placée la phlyctène séro-purulente à laquelle donne lieu le ocoque : Par opposition à la *staphylo-pustule* on peut l'appeler *o-phlyctène*.

type le plus net en est sur les doigts, autour de l'ongle, la tour- (p. 424). Sur la face palmaire des doigts, elle devient la bulle ococcique (décrite p. 417). Au visage, c'est l'impetigo contagiosa lbury Fox (p. 8). La lésion prend en cette région un aspect croûteux parce que l'épiderme corné y étant très mince, est vite ı, et qu'alors on voit plus de lésions ouvertes que de lésions es. Celles-ci sont assez rares et assez vite défigurées pour qu'il les rechercher pour les reconnaître.

npétigo se voit au visage (p. 8), dans les narines (p. 92) ; à il crée la kératite phlycténulaire (p. 147). Il peut couvrir le corps ıents disséminés. J'ai dit ses lésions des doigts et des mains, il n créer de semblables aux pieds, aux chevilles.

dehors de ses lésions disséminées, distinctes, le streptocoque n créer de régionales et de diffuses : soit lorsqu'il vient infecter face une peau déjà privée de sa couche cornée, comme dans na ou bien lorsqu'un frottement permanent diffuse sa graine utes les surfaces en contact : *Perlèche*, p. 81, *intertrigo* rétrolaire (p. 121), axillaire (p. 291), sous-mammaire (p. 558), al (p. 297).

lésions ayant été décrites partout au cours du volume, je n'en pas ici l'histoire générale et je n'en décrirai que trois types

cliniques qui constituent des dermatoses capables de se généraliser à tout le corps.

Le traitement des lésions streptococciques sous-cornées est toujours le même. Ouvrir et récliner le toit des phlyctènes quand il existe encore, nettoyer, maintes fois chaque jour, la surface exulcérée avec des solutions de sulfate de zinc ou de cuivre au 1/100, panser avec une pommade couvrante telle qu'une pommade à l'oxyde de zinc au 1/5. Quand il s'agit d'une lésion streptococcique diffuse de grande surface se servir des lotions sulfatées pour les lavages et panser avec des pommades cadiques faibles.

Oxyde de zinc.	ãã	5 grammes.
Huile de cade		
— de bouleau		1 gramme.
Lanoline.		10 grammes.
Vaseline.		5 —

ECTHYMA ACTUEL (RUPIA DE WILLAN)

La strepto-phlyctène est une lésion sous-cornée, intra-épidermique et si superficielle qu'elle impressionne très peu les ganglions correspondants (beaucoup moins que la staphylo-pustule, même petite); aussi ne laisse-t-elle jamais de cicatrices.

Mais quand elle siège sur les régions déclives : chevilles, jambes, poignets, si elle est mal soignée, elle persiste sur place, soulève l'épiderme, s'étend au-dessous de lui, devient ulcéreuse, et, même après guérison, laissera une cicatrice. C'est le *rupia* de Willan-Bateman qui suivant les auteurs commence par une phlyctène, une vésicule large, ou une bulle plate (strepto-phlyctène), mais persiste sur place, se recouvrant d'une croûte plate, mince, brune, facile à détruire, sous laquelle une sérosité louche remplit l'ulcération. Ce processus une fois commencé sur l'une des lésions d'un impétigo se continue sur toutes, et fait les lésions ulcéro-croûteuses, à pus sanieux, des vagabonds, des cachectiques, que nous avons décrites à la région de la jambe (p. 352) où elles se montrent le plus fréquemment avec leur développement maximum.

Ces ulcérations sont streptococciques comme la strepto-phlyctène dont elles procèdent (voir, p. 10, les procédés de culture du streptocoque).

Le traitement local est à confier toujours aux lotions sulfatées

es, 1/100, mais l'ecthyma des régions déclives ne guérit vite que d le membre est gardé horizontal. Les pansements humides déconnnent la région circonvoisine de chaque ulcération ecthyma-. On hâte la guérison des ulcérations détergées en les pansant à mmade de sous-carbonate de fer (au 1/40).

ÉPIDERMITE AIGUE A STREPTOCOQUES

est très probable que, parmi les eczémas, ou plutôt parmi les épiiites à tendance envahissante que l'on nomme ainsi, sont confonfréquemment des *épidermites microbiennes eczématoïdes*. Voici es cas que la clinique offre à l'étude.

homme, 45 ans, surmené, un peu gros, présente, dans les plis inaux, un intertrigo qui se développe sous forme d'une épidermite e en placards qui s'étendent et se fusionnent. Les bourses sont s, puis le bas-ventre. A distance, de petites plaques rouges, raphiques, se forment et s'agrandissent. Les aisselles se prennent ir tour, le cou, la face, les conjonctives même, puis les extré-s. La peau entière du malade, sauf les surfaces palmaires et aires, devient rouge, exsudative; tout cela sans aucune fièvre. iption dure 2 mois 1/2, s'atténue et disparaît lentement, laissant ère elle une desquamation fine, farineuse qui dure 7 à 8 mois atténuant.

tous les moments de l'éruption, sur toutes les plaques jeunes, es, commençantes, à peine exsudatives, la culture et même men microscopique révèlent la présence du streptocoque en tité et presque pur. De même pendant toute la période d'état guérison. Après 6 mois, la culture des squames *sèches* donnait re en 12 heures du streptocoque par myriades. Cette infection de rface a cessé après un an.

s conclusions de tels faits sont diverses suivant les auteurs. Les lont je suis, disent : épidermite aiguë à streptocoque. Les autres : na infecté. Ce dont on est sûr, c'est de l'infection, mais elle peut primaire ou secondaire. Là est le problème, qui demeure pendant. aitement par les lotions sulfatées au 1/1000 et les pommades ues ultra faibles.

Huile de cade	5	grammes.
Oxyde de zinc	5	—
Lanoline.	10	—
Vaseline.	50	—

ROUGEOLE — RUBÉOLE — ROSÉOLES
ÉRYTHÈMES RUBÉOLIFORMES

rougeole *étant le type des éruptions genre doit être décrite avant elles. .*	Rougeole. . . . . . p. 649.
rubéole, *fièvre exanthématique beau- plus rare sera présentée ensuite. . .*	Rubéole. . . . . . p. 651.
désigne sous le nom de **roséoles** *toute tion rouge maculeuse ayant tendance généralisation. Un grand nombre de es peuvent en produire. . . . . . .*	Roséoles. . . . . . p. 652.
y a d'abord les roséoles des pyrexies tieuses : Taches rosées de la fièvre oïde, **Rash** *rubéoliforme, de la variole, hèmes rubéoliformes de la diphtérie, fièvre puerpérale, etc.. . . . .*	Roséoles des pyrexies. . . . . . p. 652.
s grandes infections chroniques : sy- is, lèpre, tuberculose ont des éruptions ifiées roséoles très différentes entre et qui devront nous occuper une par	Roséole des grandes infections chroniques. . . . . . p. 653.
envisagerai ensuite les roséoles médi- enteuses.	Roséoles médicamenteuses. . . . p. 654.
les roséoles sérothérapique et vacci-	Roséole sérothérapique. . . . . . p. 655.
je terminerai par un mot pour diffé- cier des roséoles vraies des éruptions ureuses, vésiculeuses ou papuleuses qui vent y ressembler, telles que : le pity- is versicolor, le pityriasis rosé de ert, le lichen plan d'Erasmus Wilson.	Pityriasis rosé. . . p. 655. Lichen plan. . . . p. 656.

ROUGEOLE

a rougeole étant le type des érythèmes rubéoliformes doit être vement décrite avant eux.

'est une maladie spécifique, contagieuse, épidémique, caractérisée un catarrhe des muqueuses et une éruption maculo-papuleuse éralisée.

Son *incubation* dure 10 jours, avant qu'apparaissent les catarrhes symptomatiques de l'invasion, 14 jours avant que l'éruption apparaisse.

Son *invasion* s'annonce par du catarrhe oculo-nasal. L'œil larmoie, il y a du pus dans l'angle interne de l'œil. L'enfant mouche, éternue, il y a de la pharyngite, de la laryngite. Enfin s'installe un catarrhe bronchique marqué, avec sibilances et ronchus. Tout cela dure 3 ou 4 jours, puis la fièvre s'établit franchement avec des frissons, de la soif, de l'anorexie, une insomnie plus ou moins complète. Le visage



Fig. 213. — Rougeole. (Malade de Jeanselme. Photographie de Noiré.)

est déjà rouge et paraît gonflé, mais sans éruption encore évidente. La muqueuse palatine examinée est d'un rouge jaunâtre pointillé de rouge plus foncé. Les gencives sont gonflées et participent au processus catarrhal de toutes les muqueuses. A ce moment, le patient est à 40 degrés ou au-dessus; l'éruption apparaît. Elle débute par la face, le cou, la poitrine. Sa lésion élémentaire est une macule lenticulaire rouge, légèrement papuleuse, que la pression efface un instant. L'éruption constituée par ces éléments peut être pauvre, riche, floride, ou, comme on dit, discrète, cohérente, confluente. Elle se présente en haut du corps le 1er jour. Le 2e, elle occupe le haut du tronc et les bras; le 3e, elle descend aux membres inférieurs; le 4e, elle pâlit. Dès

our, la peau parait non plus rouge, mais grise, tigrée, moirée. esquame ensuite et cette desquamation dure 2 semaines, fine-pityroïde, furfuracée, rarement lamelleuse, toujours discrète. tarrhe bronchique dure autant que l'éruption et ne disparait rès elle.

rougeole peut être normale, ou fruste, ou maligne, hyperther-, à forme nerveuse; il peut demeurer après elle du catarrhe haryngien, de la laryngite avec accès de suffocation (laryngite euse). La bronchite peut aussi persister; plus tard, on observe t l'adénopathie tuberculeuse trachéo-bronchique et même la lose pulmonaire. Au cours de la rougeole, des complications s peuvent survenir. La plus à craindre est la broncho-pneumonie. geole s'associe fréquemment à d'autres maladies infantiles, à la che par exemple. Des accidents peuvent survenir au cours de alescence même. Je citerai les gommes ou gangrènes cutanées t rares, mais s'observent plus après la rougeole qu'après autre fièvre éruptive.

aitement de la rougeole est tout entier symptomatique, et la le est très ordinairement une maladie des plus bénignes. Ses le sont souvent moins qu'elle. L'isolement des rougeoleux doit atiqué le plus strictement et le plus tôt possible, car la maladie mais plus contagieuse qu'à la période des catarrhes qui pré-l'éruption.

ougeole récidive quelquefois, dit-on, mais de beaucoup le plus t, elle confère au sujet une immunité définitive.

RUBÉOLE

ubéole est une maladie rare, saisonnière, épidémique, conta-, caractérisée par une adénopathie généralisée du prurit et un ème.

incubation est de 12 à 14 jours. L'invasion se produit en es heures, sans catarrhe oculo-nasal préalable. La fièvre est odérée : 38°-38°,5. On décrit l'érythème très diversement. Dans que j'ai observés, il ressemblait à celui de la rougeole, mais es macules punctiformes. Il existe presque toujours un *prurit* qui précède l'éruption. Les adénopathies multiples : nuque, isselles surtout, sont très manifestes, et le patient attire l'at-

tention sur elles. L'éruption dure 3 jours et disparaît sans complication. Il n'y a pas de desquamation visible au moins constante.

Pas de traitement. La rubéole est certainement beaucoup moins contagieuse que la rougeole.

ROSÉOLE TYPHOÏDE

Au 7e jour de la fièvre typhoïde apparaissent les taches rosées lenticulaires. Leur nom indique leur forme. Ce sont des macules roses légèrement papuleuses que la pression efface et qui reparaissent aussitôt. Elles sont ordinairement peu nombreuses, disséminées sur le ventre, les flancs, la poitrine. Exceptionnellement, elles peuvent être assez abondantes pour simuler une fièvre exanthématique. L'éruption dure rarement plus de 7 à 8 jours. Elle se complète pendant 3 jours. Ensuite les premières taches venues disparaissent; ainsi de suite.

On a dit que les roséoles typhoïdes florides signalaient des typhoïdes bénignes.

ROSÉOLE DIPHTÉRIQUE

En dehors des éruptions que donne la sérothérapie, la diphtérie, dans 12 pour 100 des cas, donne lieu à une éruption rapide ou tardive ayant les caractères maculo-papuleux lenticulaires de la rougeole, mais la distribution topographique de l'érythème polymorphe : poignets, chevilles, au moins d'ordinaire.

Il semble que ce soit un des innombrables érythèmes polymorphes secondaires qu'on peut voir survenir au cours de toutes les infections.

Cette éruption fait monter d'un degré la température du malade pendant quelques heures. Elle dure quelques jours comme un érythème polymorphe. Souvent elle se développe par poussées. Elle disparaît lentement. Elle ne comporte aucun traitement.

ÉRYTHÈME RUBÉOLIFORME DANS LA FIÈVRE PUERPÉRALE

J'ai observé à la période terminale d'une fièvre puerpérale qui s'est terminée par la mort, une éruption généralisée rubéoliforme. Les

ılles étaient tout à fait plates, non papuleuses, larges comme ›reinte du bout du doigt. Dès le 3e jour de l'éruption se produisit desquamation furfuracée à larges squames, généralisée à tout rps. Cette éruption est survenue au 30e jour environ de la ma- et 5 jours avant la mort.

ROSÉOLE SYPHILITIQUE

roséole syphilitique ouvre la période des accidents syphilitiques ıdaires. C'est l'un des accidents les plus fixes dans l'évolution que de la maladie. On l'observe environ 80 jours après le contact fait l'inoculation. Elle peut être très visible ou très peu visible, liscrète ou confluente : ses macules peuvent être très pâles ou très s. Elles sont chacune plus petites que l'empreinte du bout du petit t, disséminées très également, plus visibles sur les flancs, le re, les épaules, la face de flexion des membres. La peau apparaît e. Cette éruption peut s'accompagner, aux premiers jours, de ques minimes symptômes généraux ; fébricule, courbature, etc. ; us souvent, on n'en observe aucun. La roséole syphilitique peut r 3 semaines et plus : d'autres fois, elle disparaît en quelques s.

diagnostic en est toujours facilité par la coexistence de l'indura- du chancre, de son ganglion satellite, de sa pléiade, de la polyadé- généralisée syphilitique. Dès la fin de la roséole, les plaques ueuses peuvent apparaître.

traitement local de la roséole est nul. Le traitement syphilitique, ı'est pas commencé déjà, doit être institué sans retard.

ı a désigné sous le nom de *roséole de retour* une éruption de ules roses bien plus rubéoliques que celles de la roséole secon- e. Elles sont rares, discrètes, éparses sur les flancs, limitées ent au torse. Ces taches sont longues à disparaître. Leur origine, vraie nature, leur signification, ne sont pas hors de conteste.

ROSÉOLE LÉPREUSE

n appelle roséole lépreuse la première éruption qui caractérise la e, bien que cette éruption puisse être précédée de nombreux acci- ts prémonitoires (p. 731).

La roséole lépreuse est composée de macules érythémato-pigmentaires, larges comme le bout du doigt ou même plus larges. Elle est plus ou moins discrète ou abondante, les macules peuvent être pâles ou florides; elles forment alors un léger relief sur la peau. L'éruption est composée de poussées subintrantes multiples, qui font coexister côte à côte des éléments de différents âges et de différentes teintes.

Cette éruption s'accompagne de poussées fébriles qui peuvent être très marquées.

Dès le début, dans certaines roséoles lépreuses, les macules sont le siège de troubles de la sensibilité qui se prononceront de plus en plus.

La roséole lépreuse n'est pas un accident passager comme la roséole syphilitique. Les macules peuvent durer sur place pendant des mois. Ses taches peuvent s'agrandir et devenir achromiques, se transformer *in situ* en lésions tuberculo-gommeuses ou atrophiques.

J'envisagerai dans son ensemble, plus loin (p. 751), l'évolution de la lèpre en général. Je n'insisterai donc pas davantage ici.

ROSÉOLE TUBERCULEUSE

Ce serait un abus de mots que d'appeler de ce nom les éruptions généralisées de tuberculides (p. 728). Elles ne sont pas rubéoliformes, mais papulo-tuberculeuses à évolution nécrotique et cicatricielle (*acné cachecticorum*).

C'est une éruption qui semble avoir la même signification nosologique que les roséoles de la syphilis et de la lèpre, mais qui n'a ni la même forme objective, ni la même évolution.

Je n'insisterai pas davantage, ces éruptions ayant été étudiées ailleurs (p. 572, 579 et 626).

ROSÉOLES MÉDICAMENTEUSES

Elles sont très fréquentes, rarement pures comme type objectif, souvent mélangées de lésions érythémateuses, urticariennes, scarlatiniformes, etc. Cependant il en existe qui, objectivement, ne sont que des roséoles maculeuses ou légèrement papuleuses. Ce sont des roséoles incomplètes, discrètes ou localisées.

Antipyrine. — L'antipyrine, quelques heures après son ingestion,

peut déterminer une roséole papuleuse. Les muqueuses conjonctivales et buccales sont ordinairement prises. En outre de la roséole, on observe souvent des lésions plus rares en cocardes, légèrement papuleuses, de durée plus longue que la roséole.

Les *balsamiques* administrées au cours de la blennorragie déterminent souvent une roséole bien connue, qui débute par la face d'extension des grosses articulations et peut s'étendre plus ou moins. Elle diminue et disparaît vite, souvent même si l'administration des médicaments est continuée.

Le *bromoforme*, les vapeurs de *brome* (dans l'industrie), les prises de *bromure* à l'intérieur, la *ciguë* et la *cicutine* ont aussi donné lieu à des roséoles médicamenteuses de type analogue aux précédents. La suppression des médicaments les fait disparaître.

Les *sérums antitoxiques* de la diphtérie, du tétanos, de la peste, les sérums antivenimeux, etc., fournissent un érythème rubéolique qui apparaît du 12e au 13e jour après l'injection. Il est prépondérant à la face, au cou et aux membres, fréquemment ortié et alors prurigineux (p. 602). Tous ces érythèmes sont comparables entre eux, s'accompagnent de phénomènes généraux variables, qui peuvent même être apparemment inquiétants : polyarthralgie, vomissements et diarrhée, anurie, albumine. Ils cèdent en 48 heures sans traitement, et n'ont jamais de gravité. On leur a attribué gratuitement la lenteur de la convalescence qui semble due à la maladie qu'ils ont guérie et non à eux.

ROSÉOLE VACCINALE

Essentiellement bénigne, apparaît du 4e au 11e jour après la vaccination, sans fièvre. Elle dure 3 à 5 jours, disparaît en 2 jours. Doit être recherchée pour être vue : ne cause aucun symptôme fonctionnel.

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

Deux dermatoses généralisées pourraient être prises par des novices pour une roséole : le pityriasis rosé de Gibert et le lichen plan. Le pityriasis rosé commence par une lésion trichophytoïde assez large, solitaire, située sur le torse ou la racine des membres. Après 3 à 5 semaines, survient une éruption rapide de taches d'un rose violet, ovales, d'abord larges comme un pois, ensuite comme une pièce de 50 cen-

times. Lorsqu'elles ont atteint cette dimension, leur surface est moirée, leur pourtour est cerné par une collerette pityroïde.

Cette éruption subite couvre le tronc, les membres et le cou, mais respecte le visage et ordinairement les extrémités. Elle dure 2 mois et s'éteint comme elle est venue (p. 588).

LE LICHEN PLAN D'ERASMUS WILSON

L'éruption du lichen plan de E. Wilson peut moins encore être prise pour une roséole. Elle est composée de *papules saillantes* nettement surélevées. Ces éléments peuvent naître partout, mais l'éruption est lente et, même quand elle doit être floride, n'apparait pas vite. Les éléments caractéristiques sont *en archipel*, avec un gros élément central, et un semis de petits autour de lui.

Ces papules de couleur lilas sont nettes, irrégulières, les plus larges quadrillées d'un fin réticulum blanc.

L'éruption est prurigineuse et évolue lentement, sans symptômes généraux, pendant des mois avec une période d'augment, une période stationnaire, une période de décroissance.

Rien en cela qui ressemble à un exanthème et à une roséole. A peine pourrait-on le dire de l'éruption constituée, violette, sur un fond de peau lilas clair, et qui couvre le corps entier; mais la première interrogation avertit de la lenteur d'évolution de la maladie et ce premier examen objectif précis trouve les papules (p. 625).

SCARLATINE
ET ÉRUPTIONS SCARLATINIFORMES

a scarlatine est le type de toute une e d'affections dermatologiques plus ou ns scarlatiniformes. Nous la décrirons ord	**Scarlatine . . . . . p. 657.**
a variole au moment de sa période vasion peut présenter des éruptions rses parmi lesquelles les rash scarla-formes sont les plus fréquents . . .	**Rash scarlatini-forme de la va-riole . . . . p. 658.**
lus proprement dermatologique est thème desquamatif récidivant dont le indique les principaux caractères. .	**Érythème scarlati-niforme desqua-matif récidivant. p. 659.**
t les érythèmes plus ou moins scarla-formes aussi que diverses intoxications vent déterminer.	**Erythèmes toxiques scarlatiniformes. . p. 660.**
e plus important est fourni par l'in-cation mercurielle qui présente les actères de l'érythème scarlatiniforme quamatif très exactement.	**Hydrargyrie . . . . p. 660.**

SCARLATINE

a scarlatine est le prototype de toute une série dermatologique ythèmes scarlatiniformes. Il serait donc très illogique de décrire x-ci sans rappeler ce qu'est celle-là.

a scarlatine est une maladie aiguë, épidémique, contagieuse, carac-isée principalement par une angine et un exanthème spécial.

Son *incubation* dure de 7 heures à 5 jours. L'*invasion* est ide. Le début de la scarlatine est toujours brusque et brutal, il compagne de malaise, de courbature et de frissons avec une éléva- thermique de 39°-40°, quelquefois il y a des vomissements, jours de la dysphagie à cause de l'angine qui ne manque on peut jamais. C'est une pharyngite totale, la gorge est écarlate, les ygdales très rouges montrent souvent de l'angine cryptique. Dès ce

moment le voile du palais est pointillé de rouge. Il existe des ganglions sous-maxillaires sensibles.

L'*éruption* débute par les plis, la tête est peu atteinte ou respectée. C'est un érythème de teinte rouge écarlate, finement pointillée de points d'un rouge vineux, violet. L'éruption peut être prurigineuse, peu ou beaucoup. Elle est totale ou discrète. Du 3e au 5e jour la langue desquame par la pointe, vers la racine. Elle devient d'un rouge vif vernissé, criblée de papilles saillantes plus rouges qu'elle. La température peut demeurer plusieurs jours très haute, avec le pouls rapide et fort, et les symptômes généraux continuent. Après 5-7 jours la défervescence graduelle se produit. L'éruption s'éteint peu à peu.

Dix jours après l'éruption, la desquamation commence aux plis.

L'épiderme corné y devient sec, dur, plissé, il se détache en farine aux régions pilaires, en écailles aux régions où la peau est fine, en lambeaux aux mains et aux pieds. Il n'y a jamais de chute des ongles. La desquamation se termine du 30e au 40e jour.

Je mentionnerai seulement les scarlatines frustes, apyrétiques, sans exanthème, hypertoxique et foudroyante, hyperthermiques, ataxo-adynamique, hémorragique (pourprée), maligne tardive, à rechute.

L'angine du début est rarement diphtérique. Elle peut l'être. (Dans le doute sérothérapie) la scarlatine a ses principales complications du côté des séreuses : Péricardites, endocardites, pleurésies, rhumatisme scarlatin. Elle se complique fréquemment d'angine tardive diphtérique et de néphrite (streptococcique) avec albuminurie bénigne ou grave.

Pas de traitement spécifique, traiter les symptômes, faire le nettoyage et la désinfection de la bouche et de la gorge : Eau oxygénée pure à 12 volumes en badigeonnage. Onction permanente de la peau avec un corps gras inerte pour empêcher la dispersion des squames, cause de contagion. Le malade reste contagieux, moins qu'un rougeoleux, mais pendant toute la maladie et peut-être la convalescence. La scarlatine confère une immunité le plus souvent absolue et pour la vie.

RASH SCARLATINIFORME

A la période d'incubation de la variole, et l'on sait que cette période peut durer 2, 3 et même 4 jours, apparait souvent une éruption de symptômes objectifs variables tantôt roséolique, tantôt *scarlatini-*

rme, ou même purpurique (varioles hémorragiques ou noires). tte éruption prémonitoire s'observe surtout au niveau des plis ticulaires, mais elle peut envahir la surface entière du corps. C'est elquefois sur ces rashs que l'éruption variolique se produit sans tervalles. Ordinairement ces rashs disparaissent très vite, et sont ailleurs très incomplets.

On fait le diagnostic par les symptômes subjectifs et généraux hors proportion avec l'éruption. Rappelons que le thermomètre est à °-40°,5 et plus, que le patient souffre d'une rachialgie et d'une phalalgie intolérables. Il y a soif, frissons, anorexie absolue, etc.... L'apparition des premières vésicules ombiliquées au front et au sage certifie le diagnostic.

ÉRYTHÈME SCARLATINIFORME DESQUAMATIF RÉCIDIVANT

L'érythème scarlatiniforme récidivant, en son type normal est une arlatine sans angine. Il débute par des frissons et une élévation de mpérature moyenne : 38° ou très élevée : 40°, pouls rapide, respiation superficielle, rachialgie, céphalalgie, insomnie. L'éruption est apide, elle peut se faire en quelques heures ou n'être complète qu'en jours. On la voit débuter soit par des macules nombreuses qui agrandissent, soit en grandes plaques qui se confondent. Elles appaaissent à la poitrine, aux épaules, aux bras, à la face interne des uisses. Il arrive que certaines régions, quelquefois la tête, sont réservées. A la vitro-pression la couleur rouge disparaît et la peau emble un peu jaune.

La desquamation commence 3 à 4 jours après l'éruption, avant la isparition de l'éruption (Besnier). Elle est sèche, d'une abondance xcessive. Ce sont, dans le lit, des poignées de squames lamelleuses, lanches, furfuracées aux régions pilaires, exfoliation par grandes laques aux extrémités palmaires et plantaires. La desquamation est erminée en trois semaines.

Comme toutes les dermites rouges et exfoliantes, celle-ci s'accomagne dès le début de la desquamation d'une sensation de froid perétuel.

Une foule de manifestations infectieuses viscérales ont été signalées u cours de l'érythème scarlatiniforme, à son début ou à son déclin :

endocardite, péricardite, polyarthrites subaiguës, albuminurie passagère ou persistante, otites suppurées, herpès, etc.

Les phanères sont atteintes : les ongles marqués d'une rainure transversale profonde. Les cheveux tombent immédiatement quand l'érythème a occupé le cuir chevelu, 80 jours plus tard dans le cas contraire.

Cette maladie *fort rare* est récidivante. Les récidives sont habituellement moins fortes que la première atteinte et de moins en moins fortes, elles peuvent survenir après des mois ou des années, irrégulièrement. Elles cessent ordinairement de se produire.

On a confondu l'érythème scarlatiniforme récidivant avec l'hydrargyrie aiguë érythémateuse. Ce sont des éruptions analogues, mais de cause essentiellement différente. La cause de l'érythème scarlatiniforme semble infectieuse, mais reste hypothétique. Tout traitement est symptomatique. Pourtant on devrait essayer désormais l'action du collargol, comme dans toutes les septicémies aiguës; ceci, sans préjuger des résultats à en espérer.

ÉRYTHÈMES TOXIQUES SCARLATINIFORMES

Beaucoup de médicaments peuvent déterminer des érythèmes scarlatiniformes de grande surface. Ainsi : la *digitale* et ses dérivés qui peut provoquer un érythème suivi de desquamation par larges plaques épidermiques cornées, et même la chute des ongles et des poils.

Ainsi l'*ipéca*, l'*émétine*, la *quinine*, la *morphine*, et aussi le *datura*.

Les ***sérums antitoxiques*** peuvent aussi causer de grands érythèmes scarlatiniformes passagers avec symptômes généraux (p. 655). Mais le type des érythèmes scarlatiniformes toxiques est fourni par l'***hydrargyrie***, par l'empoisonnement mercuriel.

Certains sujets ne peuvent absorber aucun composé mercuriel sous aucune forme, soit sous la peau, soit par l'intestin ou même en applications cutanées sans une réaction tégumentaire plus ou moins vive, mais toujours hors de proportion avec la dose du médicament qui l'a provoquée. D'autres sujets n'éprouvent ces phénomènes d'intoxication cutanée, que pour certaines préparations mercurielles. Ces érythèmes scarlatiniformes hydrargyriques peuvent ne s'accompagner en aucune façon de stomatite mercurielle.

Ils résultent non pas d'une intoxication totale du sujet, mais d'une intoxication cutanée.

L'érythème scarlatiniforme hydrargyrique est bénin, moyen ou ıve. On l'a pu voir se terminer par la mort, surtout quand sa cause té méconnue. Tout érythème scarlatiniforme aigu, même récidiıt, toute érythrodermie exfoliante, même chronique, doit faire bord penser à l'hydrargyrie cutanée, ne fût-ce que pour l'éliminer. symptomatique de l'hydrargyrie cutanée aiguë est tellement idenue à celle de l'érythème scarlatiniforme (p. 659) récidivant que tains auteurs doutent de l'existence de ce dernier. Aussi n'en erons-nous pas le tableau. Les traitements locaux restent les mes : le vrai traitement serait dans la suppression immédiate de la ıse. Cette cause n'est souvent reconnue qu'après le plus minutieux errogatoire.

ERYSIPÈLE ET ÉRYTHRODERMIES

ÉRYSIPÈLE

L'érysipèle dont nous avons décrit au cours de ce volume trois types différents : l'érysipèle de la face, l'érysipèle ombilical du nouveau-né et l'érysipèle vaccinal peut se produire en toutes régions.

Partout il s'accompagne de phénomènes généraux : frissons, nausées, élévation thermique rapide. En quelques heures les symptômes objectifs se prononcent autour du point d'inoculation. Plaque rouge, chaude, tendue, gonflée, douloureuse, limitée par un bourrelet saillant caractéristique.

L'érysipèle est limité d'emblée, ou progressif, ou ambulant. Dans ce dernier cas il rétrocède par un point pendant qu'il s'étend par un autre. La fièvre est continue avec maxima le soir. Il peut y avoir rachialgie, céphalalgie, délire chez l'adulte même. Entre le 5ᵉ et le 11ᵉ jour la température tombe presque subitement, c'est la guérison.

L'érysipèle contrairement au dogme clinique ancien peut suppurer, se compliquer de gangrène (gangrène foudroyante, spontanée) (p. 484). Toutes les complications des maladies infectieuses peuvent s'observer pendant son cours où à son déclin, mais elles sont rares.

L'érysipèle à répétitions n'est pas rare, surtout au visage, mais on l'observe aussi en tous points, autour de lésions chroniquement ouvertes. (*Éléphantiasis nostras*, p. 345.)

Le pronostic général de l'érysipèle chez l'adulte est bénin, il est grave chez le nouveau-né.

es sérums antistreptococciques n'ont donné que des résultats utables et pratiquement sont peu utilisés. Comme autrefois on te localement par les pansements humides et décongestifs et l'on de la médecine symptomatique.

'érysipèle a été maintes fois rapproché des grandes dermites ges que beaucoup d'auteurs considèrent comme des dermites infecses chroniques d'un mode pathogénétique analogue.

e rapprochement est hypothétique, c'est aux travaux expérimenx à préciser la nature des érythrodermies comme elle a précisé e de l'érysipèle.

RYTHRODERMIE EXFOLIANTE GÉNÉRALISÉE CHRONIQUE (PITYRIASIS RUBRA DE HÉBRA)

° Certaines maladies telles que le *pityriasis rubra pilaire*, le *cosis fongoïde*, la *lymphodermie pernicieuse* de Kaposi peuvent uter par une phase d'érythrodermie, c'est seulement une variété début de ces diverses maladies et n'a rien de commun avec ythrodermie exfoliante généralisée, dont je vais parler.

° On peut voir de semblables crises érythrodermiques survenir au rs d'un lichen plan, d'un eczéma ou d'un psoriasis à squames sses, d'un pityriasis rubra pilaire, etc. Ces crises ont paru quelque naitre sous l'influence d'applications extérieures (éruptions trauiques), de médicamentation interne (hydrargyrie, arsenicisme), s il demeure possible qu'une érythrodermie exfoliante généralisée ie vienne compliquer, à titre épisodique (Besnier), ces divers cessus?

° Cette opinion est d'autant plus soutenable que certaines dermas graves, comme celles que nous venons de nommer peuvent se niner par une érythrodermie exfoliante généralisée secondaire s authentique.

° Enfin, il existe une érythrodermie exfoliante généralisée primi-, d'évolution lente toujours grave, souvent même mortelle, caracsée objectivement par une rougeur intense du tégument sur tout le s, accompagnée d'exfoliation lamelleuse perpétuelle de l'épiderme, 'altération profonde et de chute des cheveux et des ongles. Cette nite généralisée s'accompagne de symptômes généraux : fièvre logue de courbe aux fièvres hectiques, sensation perpétuelle de

froid et de soif, affaiblissement progressif pouvant aboutir à la



Fig. 214. — Pityriasis rubra de Hébra. (Malade de Radcliffe Crocker. *Atlas of the diseases of the skin.*)

cachexie et au marasme ou se terminer par une infection intercurrente.

D'autres fois, après 8-12 mois, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, on voit l'état général s'améliorer peu à peu et le malade après quelques alternatives retrouver une santé presque parfaite, ou revenir à l'eczéma ou au psoriasis simple qui préexistaient à la maladie.

La cause et le mécanisme de cette affection sont inconnus. Et c'est hypothétiquement qu'on en fait une maladie infectieuse de la peau et qu'on la compare à un érysipèle chronique (¹).

Malgré quelques différences symptomatiques et évolutives je crois que ce type dermatologique français est le même que celui qui est connu à l'étranger, surtout en Allemagne sous le nom de *pityriasis rubra de Hébra*, et qui peut, lui aussi, être primitif, ou secondaire (aux grandes dermatoses, eczéma, psoriasis, surtout à croûtes grasses) et évoluer après des mois soit vers la guérison, soit vers la mort.

Les traitements locaux doivent être aussi prudents que possible, les applications d'huile d'amandes douces fraîche, de liniment oléo-calcaire, de crèmes de zinc, etc., sont les mieux tolérées. A mon avis *le traitement est tout entier dans la suralimentation du malade.* Tout malade à qui on parvient à faire reprendre du poids est un malade qui dans quelques mois sera guéri, mais il faut que cette suralimentation soit progressive et continue. Elle doit être menée comme celle d'un tuberculeux curable. Les aliments de choix sont les œufs, le lait, les féculents, les graisses et les sucres, mais n'importe quelle alimentation est bonne pourvu que le malade la désire ou la tolère. Autant que je puis le dire, car personne n'a traité assez de ces maladies pour conclure d'une façon ferme sur leur thérapeutique, en cela réside tout le traitement valable des érythrodermies exfoliantes généralisées. Il ne doit pas toujours être possible, mais on est étonné de voir dans combien de cas et dans quels cas il est possible.

(¹) Certains symptômes des érythrodermies exfoliantes généralisées sont des plus intéressants au point de vue physiologique. Je signalerai celui-ci particulièrement que, un malade étant couché et couvert de draps et de couvertures, elles-ci (surtout si la température de l'appartement est basse) se recouvrent d'une fine rosée dont les gouttelettes sont suspendues à chaque poil du tissu. Et cette rosée dessine exactement le corps du malade. Ce phénomène explique deux symptômes constants de la maladie, la *soif* par la déperdition colossale d'eau exhalée au travers de l'épiderme corné malade et dont les fonctions isolantes ne s'exercent plus, et le *froid* par la déperdition de chaleur que crée cette évaporation perpétuelle.

LES PURPURAS
ET ÉRUPTIONS PURPURIQUES

Le purpura a deux symptômes objectifs, la macule purpurique pétéchie qui ne s'efface pas sous la vitro-pression parce qu'elle cor pond à une effusion sanguine par rupture vasculaire et la tache co siforme, l'ecchymose.

L'hémophilie familiale et héréditaire peut montrer à l'état chronique ces deux symptômes, la macule purpurique et l'ecchymose.	**Hémophilie . . . . p.**
Les purpuras toxiques ab ingestis, sont très rares et ne présentent que la pétéchie et non l'ecchymose	**Purpuras toxiques . p.**
Les rashs des fièvres éruptives sont plutôt purpuriformes que purpuriques, mais peuvent présenter des macules purpuriques vraies.	**Rash purpurique. . p.**
Je mentionnerai en ce chapitre les caractères qui font reconnaître la forme hémorragique mortelle des diverses fièvres éruptives.	**Fièvres exanthématiques pourprées. p.**
... et l'aspect purpurique que prend la peau quand la pustule maligne donne lieu à une septicémie charbonneuse mortelle.	**Charbon mortel . . p. 6**
Les vrais purpuras peuvent être décrits sous trois formes. La première est la péliose rhumatismale (?) bénigne.	**Péliose rhumatismale . . . . . . p. 6**
La seconde est la maladie de Werlhoff avec ses hémorragies profuses, ses ecchymoses innombrables et ses allures inquiétantes.	**Maladie de Werlhoff. . . . . . . p. 6**
La troisième est le purpura aigu fébrile qui peut avoir divers degrés d'acuité et même se terminer par la mort.	**Purpura aigu fébrile . . . . . . p. 67**
En dehors des purpuras aigus il y a les purpuras chroniques dont l'évolution et les récidives sont liés à divers troubles organiques et présentent le pronostic de l'affection du cœur, du foie, des reins, etc.. dont ils dépendent	**Purpuras chroniques des déchéances et des cachexies. . p. 67**

HÉMOPHILIE

ı désigne sous le nom d'hémophilie une tendance héréditaire et liale, très rare, à la fragilité des vaisseaux, aux hémorragies tanées et difficilement coercibles. Dans ces conditions, toute sure est grave, l'avulsion même d'une dent peut causer une hémor- e difficile à maîtriser. Tout traumatisme de la peau provoque une orragie sous-cutanée ; le corps semble perpétuellement avoir été de coups. Cet état au-dessus des ressources de la thérapeutique mentionner simplement.

PURPURAS TOXIQUES

hez certains sujets, les balsamiques, l'antipyrine, la quinine, les ires, qui peuvent provoquer des éruptions rubéoliques, scarlatini- nes, etc., peuvent aussi déterminer des taches purpuriques vraies, 'effaçant pas à la vitro-pression. Le fait est rare, mais il doit être nu. On a pu voir de même l'érythème du 12e jour après la séro- apie s'accompagner de taches purpuriques caractérisées. Tous ces puras sont bénins et disparaissent en quelques jours après la sup- ssion de leur cause.

RASHS PURPURIQUES

es rashs des fièvres éruptives sont, le plus souvent, des érythèmes rlatiniformes ; il est exceptionnel de les observer purpuriques. ore les taches purpuriques sont-elles disséminées sur la surface érythème généralisé. Cette apparence ne deviendrait inquiétante l'art. suivant) que si l'éruption s'accompagnait de température ée.

LES FIÈVRES EXANTHÉMATIQUES POURPRÉES

existe une forme hémorragique de toutes les fièvres éruptives, eole, scarlatine, variole. Les cas sporadiques en sont rares. Ordi- ement, on en observe des cas assez nombreux au cours d'une

épidémie de mœurs graves. Quelle que soit la fièvre éruptive dont il s'agit (c'est le plus souvent une scarlatine ou une variole), le médecin se trouve en face d'un sujet, violet lie-de-vin de la tête aux pieds, présentant l'état général le plus grave, 41° (ataxo-adynamie, coma). L'éruption a été brusque, on ne peut fournir sur le malade aucun renseignement. En cherchant sur le front, les tempes, les lèvres, on trouve *une* pustule ombiliquée, variolique, typique. Le diagnostic est fait : variole hémorragique. Ce diagnostic étant un arrêt de mort, ne négliger aucun moyen de certitude : température, commémoratifs, surtout quand aucun élément éruptif n'est encore là pour certifier absolument la nature de la maladie.

CHARBON MORTEL

Lorsque la pustule maligne (p. 591) évolue vers la mort, le malade présente un ensemble symptomatique analogue au précédent. Si la pustule a siégé au visage, à la joue, à la paupière, ces régions se couvrent d'escarres jaunes fluentes; la tête est énormément tuméfiée, d'un violet noir. La peau présente des phlyctènes rousses, molles, de ci, de là, et de nouvelles ulcérations naîtront sous chacune d'elles. La moitié du corps correspondant au siège de la piqûre initiale, (dans le cas que je décris, la moitié supérieure du corps) est du même violet noir que la tête. Cet œdème violet s'arrête au niveau d'un bourrelet œdémateux qui semble tiré au cordeau. Au-dessous la peau est saine et paraît normale. Le bourrelet s'avance d'heure en heure, diminuant les surfaces restées saines. La température est excessive, 41°,5. Le malade est dans le coma. La mort survient 3 jours environ après que les premiers symptômes généraux graves sont apparus.

PÉLIOSE RHUMATISMALE

Quelques jours après une infection d'apparence légère : angine, courbature, douleurs articulaires vagues, apparaît sur le corps, mais surtout sur les jambes, une série de macules purpuriques que la pression d'une lame de verre n'efface pas. Ces taches durent 5 à 15 jours et d'ordinaire disparaissent peu à peu sans laisser de traces. Quelquefois, il y a des rechutes et de nouvelles taches apparaissent.

-t état peut se prolonger quelques semaines. Examen du cœur, du ie, de la rate, examen d'urines pour éliminer l'hypothèse des purras caractérisant une tare organique (p. 670).

Boissons chaudes, lait coupé d'eau de Vichy : surveiller la gorge, s urines même (sucre et lbumine), tant que durera éruption. Un purpura doit ujours faire garder un ronostic réservé. Celui-ci ourtant est bénin.



FIG. 215. — Purpura (cuisse). (Malade de Lailler. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1068.)

MALADIE DE WERLHOFF

C'est un purpura aigu, 'allures graves, qui ne 'observe guère qu'entre 5 t 15 ans. Il débute par un aignement de nez, le plus ouvent nocturne, l'hémorragie ne s'arrête pas. On xamine le corps, il semble ouvert de coups, d'ecchymoses. Les conjonctives, les nuqueuses de la bouche, le lessous des ongles, toutes es surfaces visibles sont criblées de points ou de taches hémorragiques, 38°,5 ou 39°, pouls rapide, anxiété, essoufflement, soif intense; les hémorragies peuvent faire craindre la syncope. On l'a vue se produire, même mortelle. Dans la majorité des cas, pourtant, ce yndrome si effrayant se termine par la guérison. L'hémorragie s'arrête et ne recommence pas. De jour en jour, les ecchymoses s'effacent et l'état général de l'enfant devient meilleur. C'est une conva-

lescence rapide et complète. La cause de cette maladie est inconnue : toxhémie, toxinhémie, septicémie (?).

Le traitement est uniquement symptomatique. Pratiquer, san attendre et sans faire aucune érosion accidentelle, le tamponnemen des fosses nasales. L'effet de l'ergotine est douteux. Les solution d'adrénaline au 1/1000 pourraient servir à faire des attouchemen aux points qui saignent, puisqu'il s'agit de gagner du temps. Fai prendre à l'intérieur en 24 heures.

Chlorure de calcium	4-6	grammes.
Rhum	30	—
Eau distillée	40	—
Sirop d'oranges amères	50	—

Pendant la convalescence, régime substantiel et fortifiant. C d'air, bord de mer, etc.

PURPURA AIGU FÉBRILE

Au cours d'une pleurésie, d'une pneumonie, d'un rhumatisme a articulaire, etc., une éruption purpurique survient, qui semble li une septicémie et peut avoir tous les degrés de gravité. Comme les purpuras, cette éruption est plus marquée aux jambes et moitié inférieure du corps. Les taches purpuriques peuvent être fluentes. L'état général dit la gravité du pronostic. Il peut être r vement bon, ou médiocre, ou mauvais. La septicémie est la c grave, le purpura n'en est qu'un témoignage. Le traitement a était symptomatique. On serait en droit d'essayer aujourd'hui l'i tion d'argent colloïdal dans les veines, puisqu'il semble dém inoffensif.

Argent colloïdal	0,05 à 0,10 centigrammes.
Eau distillée	5 à 10 grammes.

PURPURAS CHRONIQUES DES DECHEANCES ORGANIQUES

Beaucoup de surmenés, après 45 et 50 ans, présentent du pu à répétition des jambes et des cuisses. Ces poussées peuvent s'a pagner d'un certain degré de malaise général, quelquefois simple lourdeur des membres inférieurs. Souvent on observ poussées subintrantes, des macules purpuriques fraîches, d'un

d'autres jaunes, qui sont en voie de disparition. Il y a quel-
s des varices locales et un peu d'œdème.

sont des éruptions de pronostic médiocre, car elles s'observent
ue toujours lorsque l'état général du malade est déjà un peu
romis. Tantôt il s'agit d'un cardio-rénal à essoufflements, à pal-
ons, à bruit de galop, avec 0 gr. 75 d'albumine au litre, 3 litres
ie, de l'œdème malléolaire. Et ce malade fera quelque crise uré-
e 1 ou 2 ans plus tard.

utres fois, c'est un diabétique qui, en dehors de son purpura,
ne dermite des jambes de couleur ocreuse, de marche ascen-
, que j'ai décrite en son lieu (p. 337). Ou bien c'est un polyurique
bète insipide, dont les urines n'ont aucune toxicité pour l'animal,
i indique au niveau du rein ou du foie une rétention excrémen-
e certaine.

in, quelquefois, le purpura s'observe chez un cachectique avéré,
e que soit, d'ailleurs, la cause de sa cachexie, tuberculose,
r, etc.

toute façon, le purpura n'est en ces cas que la démonstration
état d'intoxication d'origine interne. Le traitement n'en appar-
pas à la dermatologie. Et il est trop différent suivant les diffé-
états dont il est symptomatique pour que je puisse en tracer
e un schéma.

ERYSIPÈLE ET ÉRYTHRODERMIES

L'érysipèle est encore un type morbide auquel beaucoup de lésions dermatologiques, d'érythrodermies, sont comparées journellement. C'est par un résumé de ses symptômes que nous commencerons . . .	**Érysipèle . . . . . p. 662.**
Après lui nous présenterons les érythrodermies exfoliantes généralisées chroniques, en distinguant parmi tous les types cliniques ainsi nommés, les seuls qui présentent une autonomie clinique véritable .	**Érythrodermies exfoliantes généralisées . . . . p. 663.**

ÉRYSIPÈLE

L'érysipèle dont nous avons décrit au cours de ce volume trois types différents : l'érysipèle de la face, l'érysipèle ombilical du nouveau-né et l'érysipèle vaccinal peut se produire en toutes régions.

Partout il s'accompagne de phénomènes généraux : frissons, nausées, élévation thermique rapide. En quelques heures les symptômes objectifs se prononcent autour du point d'inoculation. Plaque rouge, chaude, tendue, gonflée, douloureuse, limitée par un bourrelet saillant caractéristique.

L'érysipèle est limité d'emblée, ou progressif, ou ambulant. Dans ce dernier cas il rétrocède par un point pendant qu'il s'étend par un autre. La fièvre est continue avec maxima le soir. Il peut y avoir rachialgie, céphalalgie, délire chez l'adulte même. Entre le 5e et le 11e jour la température tombe presque subitement, c'est la guérison.

L'érysipèle contrairement au dogme clinique ancien peut suppurer, se compliquer de gangrène (gangrène foudroyante, spontanée) (p. 484). Toutes les complications des maladies infectieuses peuvent s'observer pendant son cours où à son déclin, mais elles sont rares.

L'érysipèle à répétitions n'est pas rare, surtout au visage, mais on l'observe aussi en tous points, autour de lésions chroniquement ouvertes. (*Éléphantiasis nostras*, p. 545.)

Le pronostic général de l'érysipèle chez l'adulte est bénin, il est grave chez le nouveau-né.

tagion s'exerce par les croûtes, elle peut se produire à toute le la maladie surtout à la période de déssiccation. Dans les a vaccine est inconnue ou mal pratiquée (Cochinchine) une peut tuer les 4/5 de la population d'un village contaminé ie). La variole de la femme enceinte tue le produit, même à ins les 3 ou 4/5 des cas. Le traitement d'une variole déclarée tomatique. L'isolement du malade s'impose et l'antisepsie ite de la surface cutanée et des surfaces muqueuses acces- evacciner tout l'entourage du malade bien que la vaccine e trop tardive et évoluer avec la variole. (*Vaccine*, p. 318.) ioloïde n'est que la variole atténuée jusqu'à être une fièvre des plus bénignes. Elle est ainsi, chez les vaccinés, réduite à boutons, sa durée tombe à 8 ou 10 jours, etc. Les symptômes de sa lésion élémentaire restant typiques.

VARICELLE

ricelle est une fièvre éruptive, contagieuse et spécifique de toute autre. On a voulu à tort la rapprocher de la variole. ns anatomiques tout à fait particulières (cellules épider- multinucléées libres dans la vésicule et au-dessous d'elle), t à assurer sa spécificité.

icubation semble de 14 jours, la période d'invasion dure ou deux avec 38°,5 ordinairement : très peu de symptômes els ou généraux. L'enfant, en pleine éruption, souvent n'est ié. L'*éruption* est le plus souvent discrète, composée de 40 ments disséminés irrégulièrement sur toute la surface du s éléments sont des bulles, petites ou grosses, molles, rem- n liquide citrin, leur dimension ordinaire est celle d'un iu de cerise, elles sont arrondies mais irrégulières et comme ar des tractus intérieurs, souvent on les dirait faites de 2 nents conglomérés. Chaque bulle a une zone d'érythème rconférentielle. L'éruption est prurigineuse, le grattage ouvre et leur substitue une érosion qui semble celle d'un élément l'impétigo (confusion facile). L'éruption procède par poussées ites: des éléments sont en régression quand les derniers ent. Il peut y avoir vésiculation sur les muqueuses (bouche x, conjonctive, narines), le fait n'est pas nécessaire.

La phase de dessiccation est assez lente, les croûtes sont souvent détruites par grattage. Au cuir chevelu où elles sont fréquentes on dirait les restes d'une poussée d'impétigo de Bockhart (p. 204). Souvent la profondeur de la vésicule, sa suppuration secondaire et les traumatismes du grattage peuvent provoquer une cicatrice à la place de certains éléments de varicelle.

La bénignité de la varicelle est on peut dire constante. Les complications graves mentionnées par les livres sont infiniment peu à redouter. Il n'y a pas de traitement à faire, sinon des applications locales antiprurigineuses. Pendant la fièvre, demi-diète et repos au lit.

YNDROMES A LÉSIONS BULLEUSES

éuni en ce chapitre le tableau des diverses maladies ou syn-
qui s'accompagnent normalement ou accidentellement de
bulleuses. Pour la plupart ces affections n'ont rien de com-
ie leur ressemblance objective.

icaire bulleuse est une rareté qui a liée ailleurs	**Urticaire bulleuse.. p. 602.**
ins auteurs ont décrit des pemphi- us bénins qui ne sont que des impé- reptococciques.	**Pemphigus aigus bénins épidémi- ques. . . . . . . p. 676.**
s eux, je passerai en revue les ns bulleuses traumatiques ou mé- iteuses les plus fréquentes. . . .	**Éruptions bulleuses médicamenteuses. p. 676.**
a des érythèmes polymorphes agnés ou non d'érythèmes noueux s lésions en cocarde sont vésicu- ou bulleuses.	**Érythèmes polymor- phes bulleux. . . p. 677.**
pposition avec l'érythème poly- bulleux bénin, je placerai le pem- aigu infectieux presque toujours	**Pemphigus aigu in- fectieux. . . . . p. 678.**
l'érythème noueux infectieux ue j'ai observé.	**Érythème noueux grave . . . . . . p. 678.**
cela je résumerai ce que sont les tes polymorphes douloureuses (ma- Duhring-Brocq).	**Dermatite polymor- phe douloureuse (Duhring-Brocq).. p. 679.**
te je dirai quelques mots du pem- végétant de Neumann à localisa- ccales et ano-génitales, à terminai- inairement mortelle	**Pemphigus végétant de Neumann. . . p. 682.**
lques mots du pemphigus foliacé de e, pemphigus à bulles plates, évo- r une érythrodermie chronique .	**Pemphigus foliacé. p. 683.**
e mentionnerai enfin le pemphigus ique bénin qui est une infirmité rement familiale, héréditaire. . .	**Pemphigus trauma- tique . . . . . . p. 684.**
le pemphigus bénin des hystéri-	**Pemphigus hysté- rique . . . . . . p. 684.**

GROUPE DES DERMATOSES A LÉSIONS BULLEUSES

Ce groupe est extrêmement artificiel, fait de maladies de nature et d'évolution différentes. Il ne faut voir dans leur réunion ici qu'un groupement symptomatique, au milieu duquel le clinicien doit savoir orienter son diagnostic et son traitement.

PEMPHIGUS AIGU BÉNIN DES NOUVEAU-NÉS
PEMPHIGUS AIGU ÉPIDÉMIQUE DE L'ADULTE

Ces noms ont été donnés à tort à l'impétigo vrai (voir p. 645) : épidermite streptococcique phlycténulaire ou bulleuse dans ses formes florides. L'impétigo a été décrit en son siège ordinaire avec les lésions du visage. On trouvera en cet article (p. 8) les indications des divers paragraphes concernant la même infection en ses localisations diverses et son traitement. Le nom de pemphigus donné à ces cas est une erreur de nosographie importante, comme on le verra plus loin (p. 678).

ÉRUPTIONS BULLEUSES MÉDICAMENTEUSES

Les éruptions d'origine toxique sont presque toutes polymorphes. Ainsi voit-on des médicaments, dont les éruptions toxiques sont le plus souvent érythémateuses, acnéiformes, ou végétantes, causer une fois une éruption bulleuse caractérisée. Cette réserve faite, on peut dire que les deux médicaments qui causent le plus souvent des éruptions bulleuses sont l'antipyrine et l'iodure de potassium.

L'*antipyrine* donne lieu à des efflorescences rappelant celles de l'érythème polymorphe. Ces lésions, au lieu d'affecter surtout les chevilles, les poignets et le cou, comme dans l'érythème polymorphe, peuvent, au contraire, exister sur le corps diversement réparties, sans localisation régionale et ces efflorescences en cocarde peuvent, comme dans l'érythème polymorphe, devenir phlycténulaires et bulleuses.

L'*iodure de potassium* cause des rougeurs, des vésicules, des phlyctènes, des bulles, des plaques de sphacèle cutané, des lésions végétantes, etc., etc., qui peuvent affecter l'aspect le plus surprenant et le plus grave.

On sait que rien ne peut faire prévoir les cas où ces médicaments, ordinairement bien supportés, donneront lieu à de tels accidents. Le traitement est dans la cessation de la cause. Rupture des bulles, pansements humides. Pommade au sous-carbonate de fer au 1/40.

ÉRUPTIONS BULLEUSES PAR INTOXICATION ALIMENTAIRE

Elles sont rares, mais possibles, après ingestion de tous aliments avariés : gibier, charcuterie, conserves, moules, coquillages. Bien plus fréquemment, ces éruptions sont érythémateuses et ortiées. Nous les avons étudiées à leur place. Le traitement est le même que pour les types éruptifs les plus fréquents (p. 600).

ÉRUPTIONS BULLEUSES SIMULÉES

Voir *Pemphigus hystérique*, page 684.

ÉRYTHÈME POLYMORPHE BULLEUX BÉNIN

L'érythème polymorphe, dont nous avons étudié à leur place les diverses localisations régionales, a des lésions normales érythémateuses, orbiculaires, en cocarde. Mais plus un cas est accusé, plus les lésions en cocarde ont tendance à devenir phlycténulaires ou bulleuses. Dans certains cas, chaque cocarde est remplacée par une bulle molle et flasque. Même dans ces cas, l'érythème polymorphe garde ses caractéristiques essentielles, ses localisations au cou, aux extrémités et parmi les lésions bulleuses quelques lésions érythémateuses, circinées, en cocarde qui certifient le diagnostic.

Les causes des érythèmes polymorphes bulleux ne sont pas plus claires que celles de l'érythème polymorphe en général. Le traitement local reste palliatif, puisque les lésions ont une tendance à la guérison spontanée rapide.

Érythème noueux bénin. — L'érythème noueux est une forme de l'érythème polymorphe. Le plus souvent, ces nodosités rouges, bénignes, sensibles au toucher et à la pression, grosses comme des noisettes, disséminées sur les membres inférieurs, accompagnent un éry-

thème polymorphe évident. Le traitement par le repos et les cal
suffit à la disparition de ces éléments. Nous n'avons sur la p
génie de ces éléments que des données hypothétiques (p. 369).

PEMPHIGUS AIGU INFECTIEUX

Maladie rare, encore mal connue, observée chez les gens qu
profession expose à manier des déchets d'os et de viandes av
bouchers, équarisseurs, tripiers, cuisiniers. Presque toujou
malade s'est piqué en un point qu'il sait. En ce point, rien ne
duit qu'une rougeur douloureuse, diffuse, sans caractères, ou
rien du tout. Après un, deux ou trois jours survient un état inf
qui s'aggrave d'heure en heure : frissons, rachialgie, hypertl
délire, insomnies, douleurs de tête. Puis apparaît, plus ou mo
crète ou abondante, une éruption de bulles citrines de gr
diverses, aréolées de rouge, qui peuvent se rompre ou passer à
puration. D'autres surviennent incessamment par poussées
trantes; la température a des maxima vespéraux qui peuvent a
41°; puis survient le coma et la mort en 5, 6, 15 jours.

La guérison est exceptionnelle: elle se produit par amen
progressif des phénomènes objectifs et généraux.

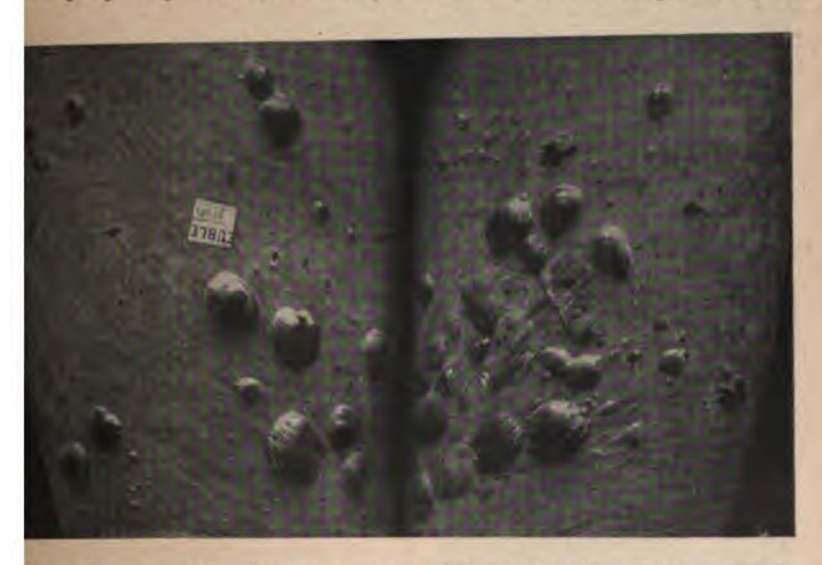
La bactériologie de cette affection est toute à faire. Le tr
est tout entier symptomatique. Les injections intra-vein
collargol devraient évidemment être tentées sans retard dans
semblables, sans qu'on puisse préjuger de leur effet.

Érythème noueux infectieux grave. — J'ai observé avec
en 1892, un cas resté unique jusqu'ici et dont voilà le résum
cuisinière est piquée par une mouche(?) au niveau du pouce.
lymphangitique avec phénomènes généraux progressifs, puis ap
sur divers points du corps, mais avec prédominance à la ra
bras atteint, d'une quantité de nodosités rouges douloureuses,
comme une demi-noisette environ. Pas de lésions bulleuses
ptômes généraux graves, hyperthermie, prostration, coma,
jours après l'admission à l'hôpital. L'autopsie montra que
tumeur était centrée par une veine dermique énormément di
thrombosée. Le thrombus était constitué par une colonie comp
streptocoques.

DERMATITES POLYMORPHES DOULOUREUSES (DERMATITE DE DUHRING-BROCQ)

On désigne indifféremment sous ces deux noms une dermatose de se inconnue, ordinairement chronique, durant des mois et même années, paroxystique, caractérisée par des poussées éruptives hémateuses, papuleuses, urticariennes, vésiculeuses, bulleuses ou tuleuses; les lésions pouvant être agminées en bouquets, en cercles lisséminées.

en existe des formes aiguës ou subaiguës, des formes chroniques ussées successives et des formes gravidiques (*herpes gestationis*).
' Les formes aiguës semblent être la première attaque d'une derite polymorphe douloureuse qui s'arrête court et disparaît. Elles



216. — Dermatite polymorphe douloureuse, forme bulleuse. — Pemphigus chronique de la plupart des auteurs. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

omposent, comme les formes chroniques, d'une éruption polyphe s'accompagnant de phénomènes fonctionnels, prurit et brûs, très marqués, sans retentissement général. Mais dans cette ne, et contrairement à la règle, ces lésions évoluent brièvement et erminent par la guérison.

es éruptions, précédées ou accompagnées des symptômes dou-

loureux, débutent par les poignets, la face dorsale des mains, membres, ordinairement sous forme de plaques ortiées bientôt tr formées, l'éruption étant toujours polymorphe, à la fois urticarie vésiculo-bulleuse, etc. La mala même quand elle se limitera à seule attaque, se compose touj de poussées successives, dont premières sont ordinairement plus vives et dont les éléments vent différer d'une poussée à l tre, autant et plus qu'ils diffè entre eux en une même poussé



Fig. 217.—Dermatite polymorphe douloureuse, variété circonscrite. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

2° Les formes chroniques, à p sées successives, débutent aussi les phénomènes douloureux pr dant ou accompagnant les lési celles-ci sont érythémateuses bord ou bien vésiculo-bulleuse même pustuleuses et débuten dinairement par les membres, souvent par les avant-bras. poussées successives en augmen le nombre et peuvent en couvr surface du corps ; les mem montrent ordinairement des sions plus nombreuses ; les pau de main, les plantes de pied e visage sont des régions relativen respectées. Il existe des variétés la maladie circonscrites à une à quelques régions : le fait est r Dans l'une et l'autre forme de maladie, le polymorphisme des sions, leurs poussées successi leur superficialité et la conse tion de l'état général sont des règles presque constantes.

Les lésions des muqueuses font penser que l'ancien hydroa bull quand il est récidivant et s'accompagne de lésions du corps, qu'une forme de dermatite polymorphe douloureuse. En dépit

olymorphisme habituel de la maladie, on en observe des exemplaires ont le type objectif est presque systématisé. Ainsi la variété herpétirme pure (Brocq), dont la topographie élémentaire est celle des éments de l'herpès vrai. Ainsi la variété herpétiforme circinée,



FIG. 218. — Dermatite polymorphe douloureuse, variété herpétiforme vraie. (Malade de Brocq. Photographie de Sottas.)

seudo-trichophytique, etc. Le caractère évolutif le plus remarquable e la maladie est fourni par sa marche paroxystique. Elle procède ar attaques plus ou moins vives et distantes et chaque attaque st composée de poussées subintrantes distinctes.

Cette maladie peut s'observer dans l'enfance (*hydroa puerorum* de nna); elle présente un maximum de 16 à 30 ans et un maximum lus marqué de 47 à 62 ans (Brocq). Elle existe dans les deux sexes.

Le rôle de la grossesse comme cause adjuvante a fait décrire séparément l'*herpes gestationis* (Milton) d'abord comme une affection spéciale à la grossesse, avant que l'histoire des dermatites polymorphes en général fût connue. Dans ces formes gravidiques, l'éruption débute pendant la grossesse à toute époque de sa durée. Elle peut suivre toute marche, augmenter avec la grossesse, diminuer au contraire à mesure que celle-ci s'avance, s'éteindre à l'accouchement ou continuer après lui.

Contre les dermatites polymorphes douloureuses, tous les traitements internes imaginables ont été prescrits : aucun ne donne de résultats appréciables constants. On peut utilement prescrire tous les calmants, qui atténueront les phénomènes subjectifs quand ils sont très marqués, ce qui est fréquent.

Les traitements externes ont des résultats aussi peu satisfaisants que les traitements généraux.

Lotions anti-prurigineuses, bains, enveloppements humides, pommades, tout a été conseillé. Les applications les plus douces, axonge absolument fraîche, liniment oléo-calcaire, cold-cream frais, sont encore celles qui soulagent le plus le patient.

Dans les cas graves, on fait vivre le malade plongé dans la poudre d'amidon, de talc et d'oxyde de zinc, sans pansements. Les dermatites polymorphes auraient causé quelques cas de mort. Pratiquement, on peut dire qu'elles guérissent toujours. Mais leur durée, qui se chiffre souvent par années, leurs symptômes douloureux très accusés en font une maladie redoutable.

PEMPHIGUS VÉGÉTANT DE NEUMANN

Maladie rare de tous âges, des deux sexes, de cause inconnue, débute par des phlyctènes de la bouche, du palais, du voile; des bulles surviennent dans les régions ano-inguino-génitales, les aisselles, les plis de flexion, les espaces interdigitaux (surtout aux pieds), le tour des ongles. Chaque bulle laisse une ulcération d'abord creuse, vite comblée par un tissu de fongosités exubérant, les ulcérations s'agrandissent, se fusionnent, d'autres se forment autour des premières, ainsi de suite. Les ulcérations exhalent une odeur gangréneuse horrible et produisent une sérosité ichoreuse. Sauf exception, aucune ne rétrocède et ne guérit. La maladie procède par poussées successives.

ral (sans fièvre) s'altère promptement. La dysphagie aide à
ion, le malade
se très vite, la
ent en 3 à 7
e terminaison
; sinon sans ex-
Aucun traite-
t valable.

US FOLIACÉ

rare, plus fré-
la femme, et
yen ou avancé.
inconnue.
e par une érup-
es disséminées
et la poitrine
les membres.
s'installe une
nie exfoliante
sur laquelle
les nouvelles
oulleuses. Les
rarement plei-
s, le plus sou-
s et ridées. A
l'état, sur tout
membres com-
cèdent les bul-
lames; sur les
parence sains,
du doigt sou-
uche cornée,
reste de l'épi-
ne infiltration
phénomènes
nt peu intenses. Une fièvre légère qui se répète pendant



FIG. 219. — Pemphigus foliacé. (Malade de Andry, de Toulouse.)

des mois avec 38°, 38°,5 a été notée. Les phénomènes subjectifs sont : un prurit et des douleurs variables suivant les cas. L'évolution de cette maladie est lente, dure des années et se termine à peu près invariablement par la mort. Celle-ci survient par diarrhée, bronchopneumonie, infection intercurrente.

Des traitements locaux analogues à ceux des dermatites polymorphes douloureuses (p. 682) soulagent un peu les malades. Cette maladie n'a pas de traitement connu efficace.

PEMPHIGUS CONSÉCUTIF AUX TRAUMATISMES

Je mentionnerai seulement cette infirmité bizarre, ordinairement familiale et héréditaire. Les sujets qui en sont atteints présentent des bulles en tous points où s'exerce une pression ou une friction continue, même très médiocre, après la marche même, etc. Cet accident se reproduit pour toutes causes, toute la vie, et ne s'accompagne d'aucun trouble général quelconque.

PEMPHIGUS HYSTÉRIQUE

Son nom indique les conditions dans lesquelles on l'observe. Il ressemble exactement à ce qu'auraient produit des touches de vésicatoire liquide déposées au pinceau sur la peau. Et on s'est plusieurs fois demandé si, dans certains cas, ce n'avait pas été sa genèse. On l'observe par poussées récidivantes, ordinairement chez les grandes névrosées. Ce trouble est compatible avec la santé parfaite *chez l'hystérique.*

SCHROMIES (MÉLANODERMIES, VITILIGO) SCLÉRODERMIES

chapitre résume des états morbides rares que nous n'avons pas occasion d'étudier au cours du volume, ou bien il trace en quel- lignes l'évolution de maladies à localisations multiples, dont que localisation a été étudiée en son lieu. C'est donc un tableau semblage, synoptique, des diverses dyschromies et sclérodermies : s'y reportant, on saura retrouver dans le volume le sujet précis sur uel on voudrait des éclaircissements complémentaires ([1]).

lbinisme, nævi pigmentaires, lentigo, élides, xeroderma pigmentosum, neu- ibromatose de Recklinghausen.	**Dyschromies évolutives. . . . . . . p. 686.**
Maladie d'Addison, mélanodermie des erculeux, acanthosis nigricans, chlo- na, syphilis pigmentaire, dyschromies reuses, dyschromies des maladies ner- ses, vitiligos.	**Dyschromies nerveuses. . . . . . p. 687.**
yschromies des lymphadénies, des leu- ties, du mycosis fongoïde, cachexie pa- éenne, diabète bronzé.	**Dyschromies hématiques. . . . . . p. 688.**
Mélanodermie arsenicale, antipyrine, yrie, saturnisme.	**Dyschromies toxiques. . . . . . . p. 688.**
yschromies provoquées par la chaleur, révulsifs, tous les traumatismes méca- ues parasitaires (mélanodermie phti- sique), mélanodermies locales consé- ives aux éruptions.	**Dyschromies de cause locale. . . p. 689.**
Nous étudierons après les dyschromies sclérodermies dont on peut décrire atre types.	**Sclérodermies en général. . . . . . p. 690.**
Il existe une maladie générale, cutanée ronique, progressive que son nom de érodermie caractérise parfaitement. . .	**Sclérodermie. . . . p. 690.**

([1]) Ce chapitre s'est inspiré du très remarquable travail d'ensemble que J. Darier fourni sur ce sujet dans la *Pratique dermatologique*.

Une forme morbide identique de marche, de durée, de terminaison, commence par les mains d'où son nom différent de **sclérodactylie**	**Sclérodactylie.** . . p. 690.
Il existe en outre une sclérodermie en plaques, dite **morphée blanche**, *de pronostic beaucoup moins grave et dont les localisations sont très diverses*	**Morphée.** . . . . . p. 691.
Et enfin un processus scléreux **atrophique** *en plaques longues très distinct du précédent malgré son nom commun de* **morphée en bandes**.	**Morphée en bandes.** p. 692.

I. — DYSCHROMIES ÉVOLUTIVES

Il y a d'abord l'**albinisme**, absence de pigment de la couche malpighienne, dégénérescence qui s'accompagne généralement de plusieurs autres : demi-crétinisme, surdité, etc.

Il y a les hyperchromies localisées en plaques, en taches ou en points, **nævi pigmentaires, lentigo** ; lésions congénitales, même quand elles s'accroissent postérieurement à la naissance (p. 5 et 6). Les nævi pigmentaires purs sont rares, ils sont d'ordinaire plus ou moins pileux, verruqueux, etc. (Pour le traitement, p. 5). Le lentigo peut être le point de départ de nævo-carcinomes mélaniques.

Les **éphélides** ou taches de rousseur (p. 6), qui ne sont pas congénitales, sont plus marquées en été, etc. Malgré ces différences, ont une grande parenté avec les nævi.

Le **xeroderma pigmentosum** de Kaposi (p. 7) est composé de taches lenticulaires comme les éphélides, mais inégales de teinte, de dimension. Entre elles, il existe des taches cutanées atrophiques et des télangiectasies. J'ai dit ailleurs l'évolution et le pronostic de cette affection rare, bizarre, héréditaire, localisée au visage et aux extrémités (p. 585).

Neurofibromatose de Recklinghausen. — Cette affection rare présente, en dehors des tumeurs fibreuses dont elle s'accompagne, une triade symptomatique : 1° des taches lenticulaires irrégulièrement disséminées ; 2° des taches nummulaires ou allongées, à contours précis, de couleur café au lait, de distribution zoniforme ; 3° des mélanodermies diffuses. Maladie familiale, héréditaire, accompagne souvent un état mental inférieur.

II. — DYSCHROMIES NERVEUSES

La maladie d'Addison a sa triade symptomatique, asthénie progressive, douleurs lombaires, troubles digestifs, et sa localisation dyschromique aux régions découvertes.

La mélanodermie des tuberculeux semble une copie accidentelle de la mélanodermie addisonienne quand la tuberculose a touché, avec le péritoine, le sympathique abdominal, et le plexus surrénal ou la capsule surrénale.

L'acanthosis nigricans, étudié pages 44, 276, 292, avec sa pigmentation de la bouche et des plis cutanés, et son hypertrophie papillaire de la peau, maladie en rapport avec des tumeurs malignes abdominales, pourrait avoir la même origine sympathique que les deux précédents types morbides.

Le chloasma, masque utérin (voir p. 28), peut être hypothétiquement rapporté de même à une origine sympathique abdominale.

La syphilide pigmentaire du cou (étudiée p. 275) semble un trouble pigmentaire protopathique, survenant sans lésion maculeuse ou papuleuse préalable. Il existe une *leucodermie syphilitique* dont le siège est plus exclusif au cou et qui est constitué par des taches blanches légèrement atrophiques, consécutives à une éruption maculeuse ou papuleuse disparue.

Les dyschromies lépreuses. — Dans la lèpre (p. 731), il y a :

1° Les taches érythémateuses de la roséole lépreuse, qui restent pigmentées, visibles longtemps après que l'érythème a disparu.

2° Il y a ensuite des pigmentations d'emblée, en nappe ou en taches, fréquentes au premier stade de la lèpre anesthésique.

3° Il y aussi les taches dyschromiques de toutes formes, qui apparaissent insidieusement ou par poussées et qui présentent invariablement des troubles sensitifs de leur surface.

4° Les vieux lépreux ont souvent une coloration grisâtre de leur peau infiltrée : œdème bronzé.

5° Et des cicatrices, blanches ou noires et très scléreuses, de leurs tubercules ou ulcérations disparues.

Darier signale enfin des **dyschromies** dans beaucoup de **maladies**

nerveuses : *hémiplégie, goître exophtalmique, paralysie infantile, hémiatrophie faciale, sclérodermie*, etc.

C'est à côté des dyschromies nerveuses et parmi elles que doivent être placés les vitiligos.

Vitiligo (p. 28). — Deux éléments le constituent : des taches blanches achromiques et une bordure hyperchromique. Sa cause est inconnue, bien qu'on l'ait observé après des chocs nerveux importants et après des maladies infectieuses. Nous l'avons étudié au visage (p. 28), aux mains (p. 382), aux régions inguino-scrotales (p. 524) où se trouvent ses lieux d'élection. Ses symptômes sont surtout négatifs. Il n'a en propre aucun signe fonctionnel, ne s'accompagne d'aucun trouble général perceptible. Sa guérison spontanée, quand elle survient, ou l'extension de ses plaques ou leur déplacement ne sont pas plus comprises que leur apparition. Les rapports du vitiligo avec la syphilis ancienne ou héréditaire, avec la pelade (Cazenave), avec la sclérodermie, ne sont pas encore précisés.



Fig. 220. — Vitiligo chez un syphilitique. (Malade de Darier.)

III. — DYSCHROMIES D'ORIGINE HÉMATIQUE

Il existe des colorations bronzées de la peau dans les **lymphadénies**, les **leucémies**, le **mycosis fongoïde**.

Dans la **cachexie paludéenne**, la peau est terreuse, grise ou brun jaune. Il s'agit d'une mélanémie qui dépose le pigment sous l'épiderme dans le chorion.

Dans le **diabète bronzé**, c'est un pigment d'origine hématique certaine qui, déposé dans le derme, produit la coloration.

IV. — DYSCHROMIES TOXIQUES

La première est la **mélanodermie arsenicale**. Elle peut suivre une absorption de petites doses données une fois par hasard, mais

très ordinairement elle caractérise l'arsenicisme chronique. Cette mélanodermie réserve les extrémités et se prononce aux plis, aux points de frottement, autour et au-dessous des lésions cutanées, pour lesquelles on a conseillé l'arsenic. La teinte est grise, la surface épidermique est furfureuse. Les régions palmaires et plantaires sont hyperkératosiques.

L'**antipyrine** provoque très souvent une éruption érythémato-pigmentaire, surtout marquée aux membres, lésions dont la pigmentation survit à l'érythème : de nouvelles prises médicamenteuses ravivent l'éruption aux mêmes points.

L'**argyrie** est le dépôt d'argent sous l'épiderme et dans le chorion des muqueuses chez les malades soumis aux traitements prolongés par le nitrate d'argent. Elle est à rapprocher du liséré des gencives et des ongles que produit le sulfure *de plomb* chez les saturnins.

V. — DYSCHROMIES DE CAUSE LOCALE

En premier lieu, il faut citer le **hâle**, hyperchromie d'origine solaire, due aux rayons chimiques du spectre.

La **chaleur** seule peut produire une hyperpigmentation des parties du corps qu'on y expose habituellement : forgerons, boulangers, etc.

Les **révulsifs** et beaucoup d'agents chimiques agissent de même. Et d'une façon générale tous les traumatismes.

Les **Traumatismes mécaniques** : corsets, bandages, jarretières, grattages répétés aux mêmes points, peuvent produire le même effet.

Traumatismes parasitaires. — La mélanodermie phtiriasique (p. 609) en est l'exemple le plus frappant, et dont le mécanisme présente encore des inconnues, car on peut l'observer dans la bouche...

Un grand nombre de dermatoses laissent après elles des pigmentations : érythèmes, urticaire hémorragique, purpura, eczéma variqueux, ulcères de jambe, éruptions bulleuses des dermatites polymorphes, le zona, l'impétigo, les folliculites, les tuberculides papulo-nécrotiques, les névrodermites, le lichen plan de Wilson. Celui-ci a même une phase terminale pigmentaire caractéristique (p. 625).

SCLÉRODERMIES

Sous ce nom commun, on réunit quatre syndromes qui sont peut-être différents et doivent être, en tous cas, soigneusement distingués l'un de l'autre : la *sclérodermie généralisée*, la *sclérodactylie*, la *morphée en plaques*, la *morphée en bandes*. Nous dirons quelques mots successivement de ces quatre formes morbides.

Toutes, sauf peut-être la dernière, sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme, attaquent plutôt des sujets jeunes. Leur étiologie est inconnue, leur pathogénie hypothétique.

SCLÉRODERMIE

Après une phase hyperesthésique : prurits, cuisson, douleurs, et quelquefois une phase subaiguë passagère rappelant certains états infectieux, surviennent des raideurs tégumentaires, à la nuque, à la poitrine, amenant des symptômes fonctionnels : dyspnée, etc. Plus ou moins vite se constitue une sorte d'œdème dur de tout le tégument, qui paraît infiltré sans que l'empreinte du doigt le déprime. De la peau saine à la peau malade, la transition est insensible : bientôt toute la surface du corps est prise. Au visage, aux mains, la peau augmente d'abord de volume (phase d'infiltration), puis, après des semaines ou des mois, elle se rétracte (phase atrophique). Sa couleur de vieille cire de cierge est caractéristique. Peu à peu, toutes les fonctions de la vie de relation sont abolies, les mouvements sont amoindris, puis supprimés, l'immobilité des membres (en demi-flexion) amène de l'atrophie musculaire. Peu à peu aussi, le corps prend l'aspect d'une momie, le visage est immobile, sans rides, les paupières demi-closes, la bouche aux lèvres amincies est entr'ouverte. Cet état a duré 1 à 4 ans, quelquefois 6 à 10 ans. Il conduit à une cachexie progressive et ordinairement une infection secondaire termine la scène : infection streptococcique, pneumonie ou tuberculose.

SCLÉRODACTYLIE

L'évolution de la sclérodactylie est très analogue à celle de la sclérodermie, mais son début est tout autre. Elle commence par les

ts; la peau des doigts s'épaissit, s'indure et prend la couleur et emi-transparence des vieilles cires. Les mouvements des doigts, ord gênés, sont abolis. Le processus de la sclérodactylie est ble. La sclérose avec épaississement commence, ensuite survient rophie de la peau et des parties sous-jacentes; et, comme ce prosus remonte lentement vers le poignet, la peau des mains est ore infiltrée alors que les bouts de doigts sont fuselés et pointus 381 et 429). Ces bouts de doigts sont blancs, cireux, froids, la cirtion y semble interrompue, l'atrophie du bout des doigts, est me celle de la peau, progressive. Des ulcérations torpides s'y prosent, qui détruisent une ou deux phalanges lentement. Du moignon souvent un fragment de phalange osseuse nécrosée. La sclérotylie n'est pas du tout limitée aux mains, elle atteint secondairet les poignets, les avant-bras, les pieds, les chevilles et la face. le-ci reproduit le processus déjà décrit dans la sclérodermie génésée. La tête semble avoir perdu de son volume, la peau n'y montre n pli, ni une ride. Elle a l'air sculptée dans une matière dure, les pières ne se ferment plus; j'ai vu, dans un cas, la sclérotique issie ressembler à une peau normale et la malade ne plus distinguer le jour de la nuit. La bouche ressemble à un coup de couteau s du cuir épais. La langue peut être prise et à peu près immobie. Alors, après des années, 6, 10, 15 ans, la mort survient par ident au cours de la cachexie progressive.

es deux types morbides : sclérodermie, sclérodactylie, semblent n un processus morbide analogue, peut-être le même avec un début érent. Les morphées, au contraire....

MORPHÉE

ur des points quelconques du corps, plus souvent la face, le cou, oitrine, les aines, les cuisses, naissent peu à peu, insidieusement, plaques où la peau épaissie donne la sensation de loger du carton s son épaisseur. A leur surface, tout pli est impossible, la peau ble faire corps avec les tissus sous-jacents. Ces plaques sont ites ou grandes, elles font des taches irrégulières à bords sinueux. r surface est ordinairement laiteuse; chacune est entourée d'une dure lilas, large comme le doigt ou un peu moins (*lilac ring*). Ces ques, souvent en très petit nombre, (2 ou 3), sont quelquefois

bien plus nombreuses (15, 25) : elles peuvent être groupées ou isolées. Leur disposition est quelconque, nullement zoniforme, au moins d'ordinaire. Ces plaques une fois faites peuvent s'étendre, se déplacer même. Très rarement, elles rétrocèdent, laissant ou non une tache atrophique cicatricielle. Ordinairement, elles demeurent sur place. La morphée ne s'accompagne d'aucun état général, ne tue jamais le malade. C'est là une différence capitale d'évolution avec les sclérodermies précédentes. Sans vouloir faire aucun rapprochement étiologique entre les deux maladies, on peut dire que la morphée en plaques copie assez l'évolution du lupus érythémateux fixe. La cause de la morphée est inconnue, toutefois on en a vu survenir après de graves chocs nerveux, quelquefois en concomitance avec du vitiligo et de l'alopécie généralisée.

Les traitements de la morphée sont purement externes. C'est l'électrolyse bipolaire pratiquée comme pour les grands nævi (p. 5). Elle ne réussit pas toujours, mais elle est sans inconvénient. La haute fréquence aurait donné en quelques cas des résultats appréciables.

Les sclérodermies généralisées ou les sclérodactylies progressives n'ont aucun traitement valable.

MORPHÉE EN BANDES

Je dirai deux mots à part de la morphée en bandes, maladie rare, souvent rapprochée à tort, à mon avis, de la morphée en plaques. Ce sont des bandes cutanées *atrophiques d'emblée*, qui se dessinent peu à peu sur le corps ou au cuir chevelu. Elles sont d'emblée creuses. Au cuir chevelu, où elles sont glabres définitivement, au front, elles logeraient un tiers de l'épaisseur du doigt dans leur cannelure. Ces lésions, lentement progressives, s'arrêtent, puis demeurent sans rétrocéder. Leur cause est inconnue, leur traitement nul. Elles me semblent différer tout à fait dans leurs symptômes, sinon dans leur évolution, des plaques de la morphée vraie.

TUMEURS DE LA PEAU

e nombre des tumeurs de la peau étant considérable, un certain
re doit être mis dans leur présentation ; cet ordre fût-il tout à fait
ficiel, et il n'en peut guère être autrement.

envisagerai d'abord les kystes par rétention et tumeurs similaires
ignes : milium (p. 694), kystes sébacés (p. 695), loupes (p. 695),
es par inclusion épidermique traumatique (p. 695), kystes sudori-
es : hydrocystomes (p. 696), kystes synoviaux (p. 696), hygromas
696).

ans le groupe suivant j'étudierai les petites néoplasies bénignes,
ales, contagieuses, les petites tumeurs molles ombiliquées du
uscum contagiosum (p. 696) et les quatre types de verrues com-
nes : verrue simple, verrue plane juvénile, verrue sénile, papillome
597).

n troisième groupe présentera des syndromes à tumeurs parasi-
es rares et non plus banales, de causes d'ailleurs très diverses, qui
: les kystes multiples de la ladrerie (p. 698), les kystes multiples
hyphomycose de Ramond (p. 699), les blastomycoses (p. 699), les gra-
mes calcaires sous-cutanés de Milian (p. 699), la blastomycose (p. 700),
otriomycose (p. 700) et surtout les chéloïdes (p. 700).

a classe suivante capitale, comprendra les difformités cutanées
génitales circonscrites ou nævi (p. 701). Cette classe est considé-
e non seulement par le nombre des types objectifs et anatomiques
lle comprend, mais surtout par le nombre des états morbides qui
rocèdent plus ou moins directement.

n dehors des nævi pigmentaires étudiés avec les mélanodermies
686) et des nævi vasculaires plans dont on a dit quelques mots à
pos de leur localisation au visage, les nævi vasculaires tubéreux
701) sont de véritables tumeurs angiomateuses et doivent trouver
e ici.

e même les tumeurs angiomateuses lymphatiques ayant pris nais-
e sur des nævi : lymphangiomes (p. 702).

es fibromes cutanés mous ou molluscums plats ou pédiculés sont
nævi particuliers et doivent être étudiés dans ce groupe (p. 703)
i que la neurofibromatose de Recklinghausen (p. 704).

es nævi verruqueux mous et durs (p. 704) seront figurés ensuite,
les nævi : adénomes symétriques de la face (p. 705) et les hidradé-
es pseudo-éruptifs (p. 705).

a plupart des auteurs comprennent l'urticaire pigmentée comme
maladie à tumeurs næviques, c'est-à-dire congénitales. Elle doit
être nommée ici (p. 706).

Les **dermatomyomes** *(p. 706), les* **kystes dermoïdes** *(p. 707), sont de même origine encore. J'y ai ajouté les* **tumeurs calcaires** *(p. 707) qui peuvent avoir toute origine étant fournies par la calcification de vingt sortes de tumeurs préexistantes.*

Nous éloignant de plus en plus des nævi de type ordinaire, nous parlerons des **fibromes durs** *en tumeurs plus ou moins multiples (p. 707) et des* **lipomes** *de divers types (p. 707). J'en rapprocherai le* **xanthome** *(p. 708) nom qui couvre plusieurs entités morbides dont certaines au moins tiennent encore des nævi, à ce qu'il semble, car on retrouve en certains nævi des cellules xanthélasmiques.*

Nous arriverons alors aux tumeurs malignes encore bien diverses. Les **sarcomes** *(p. 710) nous occuperont d'abord avec leurs variétés :* **sarcomatose pigmentaire multiple de Kaposi** *(p. 710),* **sarcomatose généralisée de Perrin** *(p. 711) et la* **dégénérescence sarcomateuse des nævi** *(p. 711).*

La **sarcomatose cutanée** *peut être* **secondaire** *à un sarcome profond (p. 711). En dehors de ces cas à tumeurs cutanées multiples il peut y avoir une seule tumeur cutanée sarcomateuse primitive (p. 712). Il existe enfin une sarcomatose lymphadénoïdienne :* **lymphadénome cutané** *(p. 712) primitif ou secondaire à caractères objectifs et évolutifs spéciaux.*

A côté des sarcomes nous placerons le **mycosis fongoïde** *(p. 713) et la* **lymphadénie cutanée** *(p. 715).*

Nous terminerons enfin cette longue revue récapitulatrice par l'étude des **épithéliomas** *(p. 716) de toute forme : forme* **papillaire, cancroïde vulgaire, épithélioma perlé, épithélioma plan superficiel, ulcus rodens, épithélio-adénoïdes, carcinoses cutanées secondaires,** *etc., en terminant par cette forme bénigne et spéciale d'épithélioma du cuir chevelu et du visage que l'on a nommée* **cylindrome** *(p. 719)* [1].

MILIUM

J'ai parlé des petits grains du milium au visage où ils sont le plus fréquents (p. 143). Ce sont de petits kystes qui semblent des grains d'orge, blancs, enchâssés dans la peau fine des paupières, des tempes, des joues, du cou, etc. Ce sont « de petits kystes épidermiques déve- « loppés tantôt aux dépens des follicules pileux et peut-être de « glandes sébacées, tantôt de germes embryonnaires malpighiens plus « ou moins aberrants et mal formés, tantôt enfin, surtout pour le

(1) Dans cette revue excessivement succincte d'un nombre de faits cliniques énorme, nous nous sommes forcément aidé de beaucoup d'études antérieures, particulièrement des travaux de Darier sur les tumeurs, de Bodin sur les xanthomes, de Perrin sur les sarcomes, de Rist sur les nævi et les angiomes, etc., etc.

« milium des cicatrices, aux dépens du canal excréteur des glandes « sudoripares ». (Darier).

J'ai donné (p. 144) le traitement le plus simple du milium.

KYSTES SÉBACÉS

Ils se développent aux dépens du canal d'une glande sébacée obstrué. Ce kyste, en se développant, prend des dimensions quelquefois énormes. Sur sa surface s'observe souvent un ombilic obstrué par un opercule brunâtre plus ou moins gros. Dans ce cas, des pressions ménagées permettent d'évacuer par cet orifice la masse du kyste sous forme d'un boudin jaune luisant qui, par dessiccation, devient d'une dureté de pierre. Après l'évacuation, la cavité lisse du kyste se rétracte peu à peu sans traitement.

LOUPES

Les loupes ont une prédilection pour le cuir chevelu. Le même individu en présente souvent plusieurs. Elles grandissent et semblent se multiplier avec l'âge. Elles semblent constituer une difformité héréditaire.

Pour certains auteurs, ce sont des kystes par rétention, c'est-à-dire de gros kystes sébacés. Et ce fait se trouve appuyé par la coexistence, sur le même cuir chevelu, de kystes sébacés à orifices visibles et de loupes sans orifice décelable. Pour d'autres, ce sont des kystes dermoïdes. Pour Darier, ce serait une variété de *nævi*, des adénomes folliculaires kystiques. Il est possible que les trois théories soient vraies dans des cas différents.

KYSTES ÉPIDERMIQUES TRAUMATIQUES

Petites tumeurs dures indolentes, rondes, plus ou moins mobiles, du volume d'un pois ou d'une noisette. Ils résultent d'un traumatisme ayant déterminé dans la profondeur la greffe d'un lambeau épidermique. Leur origine les fait plus fréquents chez l'homme (p. 421).

HYDROCYSTOMES

Kystes miliaires, multiples, à contenu séreux se développant principalement au visage de femmes d'âge moyen que leur profession expose au rayonnement d'un foyer : blanchisseuses, cuisinières, etc. Ils peuvent disparaître en hiver, reparaissent et se multiplient en été. Ils ne se vident jamais, ne suppurent jamais. A leur surface la peau est jaune ou gris bleuté. Ils semblent de la nature des nævi : adénomes sudoripares kystiques.

Les ponctionner un par un à la fine pointe du galvano-cautère. Il en sort une gouttelette de liquide clair. Ils disparaissent et ordinairement ne se reproduisent pas.

KYSTES SYNOVIAUX

Je mentionne seulement les kystes des gaines tendineuses et péri-articulaires, *vulgò* : ganglions, plus fréquents au dos du poignet que partout ailleurs, de développement lent, demeurant stationnaires une fois formés, sensibles à la pression, et pouvant un peu gêner les mouvements de l'articulation sous-jacente.

Cette affection est du ressort de la chirurgie.

HYGROMAS

J'en dirai autant des hygromas, épanchement séreux dans les bourses synoviales préarticulaires du genou, du coude, et qui peuvent exceptionnellement passer à un stade de suppuration. Leur traitement est chirurgical.

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

Dermatose bénigne de tous âges, caractérisée par de petites tumeurs superficielles, molles, ombiliquées paraissant creuses et incomplètement pleines d'une matière qu'on peut avec quelque peine expulser entre deux ongles. Ces petites tumeurs ont des dimensions variables d'un grain de mil à une petite cerise, elles sont fréquentes sur les régions à peau fine : paupières, sein, fourreau de la verge et sur les

gions dites séborrhéiques : centre du visage, vertex chauve, région
dio-thoracique, etc. En certains cas, ces éléments se multiplient à
fini. Il en coexiste de toutes tailles en plusieurs régions ; en d'au-
s cas, l'éruption est discrète et se compose de quelques éléments
sséminés.

Il parait certain que la tumeur épithéliale qui constitue chaque
ment de molluscum contagieux est née aux dépens de l'épiderme
recouvrement et non aux dépens d'une glande sébacée : il s'agit
ne dégénérescence épidermique très particulière à cette affection
qui la caractérise essentiellement.

Le traitement du molluscum contagiosum par l'abrasion à la curette
nchante est classique. Il est d'une extrême simplicité et donne des
sultats parfaits. Si les éléments sont trop nombreux, on recommence
ntervention autant de fois qu'il est nécessaire.

Chez les très petits enfants, j'ai eu de bons résultats de la cautérisa-
n à la teinture d'iode de chaque élément vidé d'abord par expression.

VERRUES

Les verrues sont des néoplasies cutanées bénignes, contagieuses,
oculables, mais dont la cause parasitaire est inconnue.

On en distingue cliniquement trois espèces : La verrue vulgaire, la
rrue plane juvénile, et la verrue sénile ou séborrhéique.

Verrues vulgaires. — Elles sont de tout âge, de tout sexe, et siègent



FIG. 221. — Verrues vulgaires. (Malade de Jacquet. Photographie de Dubray.)

urtout aux parties découvertes : aux mains, aux doigts, autour des
ngles, même à la face palmaire des mains. Elles sont trop connues
our que j'en fasse de nouveau la description. (Elles ont été étudiées
. 595.)

Verrue plane juvénile. — Elles s'observent toujours comme un semis de petites papules planes, roses à surface lisse, disséminées en îlots ou par traînées sur le visage ou le dos des mains. Leur petitesse, leur surface brillante, leur agglomération les rapprochent objectivement des éruptions papuleuses miliaires lichénoïdes. J'ai étudié plus haut cette forme morbide (p. 132).

Verrue sénile. — Au contraire des précédentes, les verrues séniles occupent non seulement le visage et le dos des mains mais principalement le tronc. Elles peuvent y atteindre un degré de confluence invraisemblable. Le nombre de ces verrues augmente avec l'âge.

Chacune fait une saillie montueuse, mamelonnaire, villeuse, appréciable au toucher quoique minime. Leur couleur est d'un brun gris ou verdâtre, leur surface est friable et leur raclage fournit une poussière de débris épithéliaux. Je les ai étudiées pages 35, 546, etc....

PAPILLOMES

Les papillomes existent aux organes génitaux (végétations), dans la bouche, sous la même forme (Dubreuilh), à la face et au cuir chevelu.

Ce sont des lésions qui, sur les muqueuses, paraissent avoir la forme d'un chou-fleur, et, sur la peau, semblent faites de digitations cornées agglomérées côte à côte.

Ce sont de petites tumeurs bénignes, d'une durée fort longue et de récidives fréquentes, qui paraissent inoculables, ou tout au moins réinoculables au porteur; elles peuvent exister disséminées et rares sur les mains, sur le visage et au cuir chevelu. Elles peuvent exister conglomérées à la vulve ou dans le sillon balano-préputial et former ainsi d'assez grosses masses.

J'ai décrit ailleurs les papillomes (p. 474 et 496) et j'y insiste d'autant moins ici qu'il s'agit toujours de lésions situées en des localisations précises, toujours les mêmes, et sans tendance à la généralisation. Le lecteur aura donc plus ordinairement l'idée d'en chercher la description aux régions où on les rencontre.

LADRERIE

La ladrerie cutanée, maladie rare, est due à l'introduction dans l'estomac des œufs du *tænia solium* humain, à la migration des cysti-

rques dans l'organisme et à la création par chacun d'un petit kyste. ladrerie cutanée est donc caractérisée par l'existence d'ailleurs dolore et souvent même inaperçue de petits kystes gros comme un is, puis comme une noisette, mobiles sous la peau et dont le développement lent s'arrête à ses dimensions.

Le diagnostic n'est pour ainsi dire jamais fait avant l'extirpation et xamen d'un de ces kystes.

C'est une maladie à signaler, surtout pour les erreurs qu'elle fait mettre, parce qu'on ne pense pas à elle. La ladrerie cutanée ne sente aucune gravité, mais la migration des cysticerques a été érale. Il peut s'ensuivre le développement des kystes spéciaux s l'œil, les centres nerveux, etc., avec une série de phénomènes ctionnels correspondant à leur siège et pour quelques-uns de vité mortelle.

HYPHOMYCOSE DE RAMOND

'ai étudié avec MM. de Beurmann et Ramond une hyphomycose ectivement très analogue à la ladrerie et caractérisée par une série petits kystes ronds, mobiles sous la peau, gros comme une noix. séminés en tous points du corps. Les kystes à contenu séro-purulent levés chirurgicalement récidivaient en masse *in situ*. La culture nait, pure et constante, des colonies innombrables d'une fine oisissure d'espèce encore indéterminée.

L'iodure de potassium à l'intérieur fit immédiatement rétrocéder et sparaître les tumeurs. L'iodure ayant été suspendu après trois mois, e tumeur reparut au front qui disparut définitivement après deux uveaux mois de traitement.

GRANULOMES CALCAIRES SOUS-CUTANÉS (MILIAN)

Maladie rare, rurale, probablement parasitaire et contagieuse, caractrisée d'abord par une tumeur sous-cutanée froide ressemblant à un cès tuberculeux, à base indurée, de consistance pierreuse, dont l'ourture évacue un pus crémeux rempli de gravier calcaire. A la longue nouvelles tumeurs se produisent à distance; après des mois, des nées, la généralisation se fait peu à peu avec fièvre hectique. rasme et mort. Le traitement est tout entier dans l'ablation irurgicale des tumeurs quand elle est possible.

BLASTOMYCOSES

Les blastomycoses forment dans la dermatologie d'Europe un chapitre encore très neuf. Elles paraissent plus fréquentes en Amérique qu'en Europe où elles sont moins connues et sont considérées comme cas exceptionnels.

Il en existe une forme en nappe fongueuse, lupoïde, végétante, ou en placards plats également très lupoïdes, presque toujours pris pour des lupus.

Le cas que j'ai observé ressemblait à une gomme du tibia, présumée tuberculeuse par les uns, syphilitique par d'autres. L'examen direct et la culture (Rubens-Duval) la démontrèrent causée par une levure à culture d'un jaune sale.

L'exemple de l'actinomycose doit toujours faire essayer dans ces cas le traitement interne par l'iodure de potassium sans préjudice des traitements médico-chirurgicaux que réclamera l'état local.

BOTRIOMYCOSE

Nous avons étudié sous ce nom (p. 407) la botriomycose la plus fréquente, aux mains. Elle se présente toujours sous la forme d'un bourgeon charnu framboesiforme qui semble faire corps avec les tissus sous-jacents, mais n'y est relié en réalité que par un mince pédicule. Cette tumeur qu'on a considérée d'abord comme spécifique semble avoir l'origine des bourgeons charnus des plaies.

Traitement : Section du pédicule, pansement aseptique, cautérisation du pédicule restant au nitrate d'argent si cela est nécessaire.

CHÉLOÏDES MULTIPLES

Les chéloïdes sont des tumeurs fibreuses, le plus souvent de forme allongée, mais dont la forme peut être quelconque, revêtues de la peau normale et faisant corps avec elle, extrêmement dures au toucher et faites d'un tissu scléreux très dense et résistant. Ordinairement une chéloïde succède à un traumatisme. Et sur certains sujets tous les traumatismes donnent lieu à une chéloïde (soi-disant diathèse chéloïdienne); on voit ainsi une région : dos ou poitrine, visage, mains, et

me toutes ces régions à la fois présenter 2 à 10 chéloïdes de dimensions variables. Leur développement est lent, progressif, puis elles tent stationnaires et ne rétrocèdent pas.

La nature tuberculeuse de beaucoup de chéloïdes ne fait aucun doute. r inoculation au cobaye, expérience renouvelée souvent, a donné résultats quelquefois négatifs, mais des résultats positifs en grand mbre.

Malgré quelques extirpations heureuses de chéloïdes, il faut savoir e dans la majorité des cas, l'exérèse, si complète qu'elle soit, donne u à la production d'une nouvelle chéloïde plus grosse que celle qu'on nlevée.

Le seul traitement toujours valable reste la scarification linéaire adrillée profonde de toute la tumeur chéloïdienne. On fait sous la éloïde une piqûre de cocaïne ou de stovaïne (1 centigramme) en retint peu à peu la seringue (injection linéaire), on attend trois minutes eines, puis on pratique la scarification régulière, au bistouri, en chant que la chéloïde, qui doit être sectionnée dans toute son épaisur, existe à la même profondeur au-dessus et au-dessous de la peau.

Le traitement d'avenir des chéloïdes semble devoir être la radioérapie, appliquée aux mêmes doses que dans le cancer, et pratiquée même (p. 36). Il semble que les séances fortes avec érythème nnent dans le traitement des chéloïdes comme dans celui du lupus ythémateux des résultats plus rapides.

NÆVI

Sous le nom de *nævi* on doit entendre toutes les *difformités tanées circonscrites* (Brocq). Les nævi se divisent en catégories de its objectivement et histologiquement très distincts. En outre, ils araissent être l'origine nécessaire d'une foule d'états morbides diférents, si bien qu'un tiers de ce chapitre des tumeurs, appartient en ait aux nævi et à leurs divers dérivés.

Les nævi *pigmentaires* ont été étudiés page 686, avec les mélanoermies. Les nævi *vasculaires plans*, vulgairement « envies, taches e vin » n'ont pas à être étudiés ici. Nous en avons parlé page 5, avec s lésions du visage.

Les nævi *vasculaires tubéreux* peuvent revêtir la forme de véritables umeurs et atteindre un volume vraiment extraordinaire (fig. 222). Leur ouleur, leur aspect, leur diminution momentanée par la compression,

leur évolution lente, leur origine congénitale, ou leur apparition dè



Fig. 222. — Nævus en tumeurs. (Photographie de Noiré.)

le jeune âge en fait faire le diagnostic. Les nævi *vasculaires lym*



Fig. 223. — Lymphangiome. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 146

ues ou lymphangiomes peuvent se présenter comme les angiomes linaires en nappe et sous la forme de tumeurs.

Ils naissent, on peut dire toujours, sur un nævus préalable. Le vus a existé seul durant des années. Sur lui s'est développé très tement ensuite une tumeur mamelonnaire qui semble faite de sses papules conglomérées. Celles-ci sont nées par une sorte de sicule molle, grosse, qui s'est ouverte, et a disparu. A sa place une luration rouge s'est formée qui est devenue saillante. La consistance la masse est molle. Signe caractéristique : le massage en fait sourdre r une quantité de points une lymphe jaunâtre qui ne s'écoule pas as pression, mais que la pression en fait sourdre.

Pas de symptômes fonctionnels, durée indéfinie, accroissement it. traitement des nævi (p. 5).

Il existe des nævi tubéreux, pilaires ou non pilaires de toutes locations et dimensions, et aussi de toutes formes sur lesquels nous ne urions insister.

FIBROMES CUTANÉS MOUS. — MOLLUSCUMS

Les fibromes cutanés mous sont des nævi particuliers, naissant



FIG. 224. — Molluscum généralisé avec taches pigmentaires. (Malade de Péan. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 561.)



dans l'épaisseur de la peau sous forme d'une petite masse moll semble faire saillie par un trou du derme. Peu à peu cette m devient pendante au bout d'un pédicule : *molluscum pendu* Comme les nævi, ces petites tumeurs bénignes sont souvent mult sur le même sujet : c'est aussi une difformité familiale, hérédit Traitement : Exérèse aux ciseaux ou au galvano-cautère.

NEURO-FIBROMATOSE DE RECKLINGHAUSEN

Cette dystrophie générale, rare, est caractérisée : 1° par de nombreuses tumeurs du type précédent disséminées sur tout le c 2° par des tumeurs fibreuses nées aux dépens de la charpente jonctive des nerfs ; 3° par des taches mélanodermiques hyperpig taires. C'est une maladie congénitale, familiale, accompagnant u veloppement intellectuel insuffisant.

NÆVI VERRUQUEUX

Il y a des nævi verruqueux mous et durs. Ceux-ci plus fréqu plus caractéristiques. Ce sont des saillies aplaties à bords tranc



FIG. 225. — Nævus hyperkératosique symétrique. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1680.)

faisant avec la peau voisine une opposition absolue ; par la cou

e, jaune, brune de leur masse, par l'hyperkératose grise de leur face, par leur distribution aire ou géographique. r diagnostic ne présente de difficulté. Le plus sou- t leur traitement est nul. ils demeurent station- res sans augmenter. Quand est conduit à en pratiquer, st l'électrolyse bipolaire ir p. 5) qu'il faut em- yer.



Fig. 225. — Nævus verruqueux. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1478.)

NÆVI-ADÉNOMES YMÉTRIQUES DE LA FACE

Je les ai décrits avec les ections du visage (p. 117). sont de petites tumeurs olles, miliaires, ou grosses mme un pois, conglomé- es, réunies dans le sillon so-génien ou disséminées à racine du nez, au front, au enton, etc. Ce sont des nævi leur origine congénitale a é souvent mise en lumière. urtant ils ne se développent ère qu'à quatorze ou quinze s et une fois développés stent stationnaires; ils sont s fréquents chez la femme. On les détruit au galvano-cautère, ils récidivent jamais.

HIDRADÉNOMES

Les hidradénomes sont de petites tumeurs papuleuses miliaires du u, de la région thoracique antérieure et de la racine des bras, plus

rares en d'autres régions, comme les paupières, le front, le nez, les oreilles.

La disposition des éléments, régulièrement disséminés, ressemble à celle de plusieurs exanthèmes papuleux, chacun a 2 à 3 millimètres de diamètre, est ovalaire, d'un rose jaunâtre, recouvert par la peau normale; la palpation les montre d'une consistance ferme.

Leur accroissement est lent, leur multiplication aussi; arrivés à leur dimension de 3 millimètres, ils n'augmentent plus et persistent sur place sans modifications, sans dégénérescence ni retentissement ganglionnaire. Il semble qu'il s'agisse de kystes développés sur des germes embryonnaires de glandes sudoripares. Dans cette opinion, ces tumeurs miliaires seraient encore une forme de *nævi*.

URTICAIRE PIGMENTAIRE

L'urticaire pigmentaire est une maladie chronique qui débute dans la première année par des poussées éruptives d'éléments urticariens. Les éléments nés ainsi restent papuleux, se pigmentent et demeurent sur place sans changements. C'est une maladie généralisée à toute la surface du corps et qui doit sans doute être rapprochée des nævi multiples. Ce type morbide qui peut être familial est constitué à la période d'état par des nodosités plates, quelquefois intensément congestives, le plus souvent d'un gris brunâtre, chroniques, permanentes, caractérisées anatomiquement par un infiltrat de cellules conjonctives spéciales dites *Mastzellen*; on en trouvera la description clinique moins sommaire page 628.

DERMATOMYOMES

Décrits par Besnier. Affection rare, exclusive à la femme; au début faite de petites taches rosées lenticulaires, qui lentement deviennent papuleuses. Ces papules occupent toute une région en groupes, en traînées. Elles ont la couleur de la peau ou sont d'un rouge terne. Elles sont composées de faisceaux musculaires entrecroisés, dans le derme. La compression que ces faisceaux exercent sur les terminaisons nerveuses donne lieu sous l'influence d'excitation extérieure à des crises douloureuses insupportables, pouvant obliger à une intervention chirurgicale, d'ailleurs sans gravité. Ces tumeurs, d'origine nævique probable, ne récidivent jamais.

KYSTES DERMOÏDES

Les kystes dermoïdes sont issus de l'enclavement d'un pli épider-ique dans une fente embryonnaire. Aussi ne les observe-t-on qu'aux gions où ces fentes ont existé : queue du sourcil, parties latérales cou, gouttière sacro-coccygienne, gouttière uro-génitale. Ils exis-nt dès la naissance, mais ne se développent qu'à la puberté ou dans ge adulte. Leur seul traitement, quand ils en demandent, est l'extir-tion chirurgicale.

TUMEURS CALCAIRES

Les tumeurs calcaires de la peau, (rares), peuvent être des *lobules ipeux calcifiés*, des *ostéomes vrais*, des *calcifications de fibromes*, *loupes*, de *kystes dermoïdes*, d'*épithéliomas*. Il y a un *sarcome sifiant* dont une localisation donne l'*exostose sous-unguéale des or-ils*. Ordinairement les tumeurs calcaires de la peau sont des *phlébo-thes*, transformation pierreuse des parois d'une veine variqueuse, près phlébite locale.

FIBROMES CUTANÉS DURS

Les fibromes cutanés durs, prototypes des tumeurs conjonctives énignes, sont ordinairement multiples, de volume différent, d'un pois une noix, mobiles sous la peau ou avec elle. Ordinairement, une ois formés ils persistent sans modifications.

LIPOMES

Les lipomes sont des tumeurs constituées par du tissu adipeux.

1° Ils peuvent exister solitaires et varient de volume entre une oisette et une tête de fœtus.

2° Ou bien en quelques années, par poussées surviennent des pomes sous-cutanés énormes de dimension variable, et qui peuvent tre innombrables. Tumeurs bénignes, mais gênantes. Leur ablation hirurgicale peut dans certains cas s'imposer.

3° L'adéno-lipomatose symétrique de Launois et Bensaude est une ffection rare, caractérisée par la production de masses énormes occu-

pant le cou, la nuque, les aisselles, les plis inguinaux, en somme toutes les régions qui présentent des ganglions lymphatiques.

XANTHOME

Le xanthome est une maladie néoplasique bénigne de cause inconnue, de lésions constantes spécifiques, qui peuvent atteindre les viscères, mais dont l'histoire dermatologique est principale.

La caractéristique anatomique de cette maladie est la formation par agglomérats, au sein des organes ou du derme, de cellules xanthélasmiques (?), qui sont des cellules conjonctives adipeuses, énormes, remplies de granulations protoplasmiques. L'évolution de ces agglomérats est ordinairement lente, une fois constitués ils persistent sans régression.

Objectivement les lésions du xanthome sont planes, tubéreuses ou en tumeurs.

α. Les lésions planes affleurent la peau, ne font aucune saillie à sa surface. Ce sont des taches miliaires, ou des taches de la dimension d'une lentille (p. 627), plus rarement des placards de 1 à 5 centimètres carrés.

β. Les lésions tubéreuses font à la surface de la peau une saillie d'un 1/2 à 1 millimètre. Elles affectent les mêmes dimensions diverses (p. 526), mais ordinairement très minimes, que les précédentes.

γ. Les lésions en tumeurs peuvent atteindre au volume d'une noix, elles coexistent en général avec les formes tubéreuses, dont elles ne sont que le développement. Et elles sont ordinairement peu nombreuses parmi des lésions plus abondantes de moindre relief. Tous les infiltrats xanthélasmiques, quelque forme qu'ils affectent, sont invariablement de consistance molle.

Le xanthome, plan, tubéreux ou en tumeurs est localisé ou généralisé. Localisé, ce qui est le plus fréquent, il infiltre les paupières (p. 144). Il peut sans généralisation affecter plusieurs localisations différentes : coudes et genoux (p. 526) ; généralisé il occupe le corps entier avec prédominance aux points de frottement et aux fesses. C'est une pluie de lésions miliaires de toutes formes, ordinairement petites. Celles du dos des doigts, des plis des doigts sont extrêmement caractéristiques.

Le xanthome généralisé s'accompagne d'infiltrats xanthélasmiques

scéraux, particulièrement au foie, d'où l'ictère vrai chronique -7 ans), et une forme d'ictère sans urine ictérique et sans colora-n des sclérotiques que l'on appelle xanthochromie.

Il peut y avoir xanthome généralisé, avec ictère, sans ictère, avec ntochromie, avec ictère suivi de xantochromie. Dans ce dernier cas s pigments biliaires paraissent exister dans le sérum et ne pas filtrer niveau du rein.

Le xanthome, même généralisé, ne s'accompagne pas de phéno-ènes généraux. Les lésions surviennent par poussées qui, une fois oduites, ne régressent plus. Car c'est encore une caractéristique du nthome vrai que sa permanence.

Aucun traitement général ne paraît modifier heureusement le nthome. Le traitement externe, excellent pour faire disparaître des sions objectives disgracieuses consiste à ponctuer de pointes de lvano-cautères en quinconce à 2 à 3 millimètres les unes des tres les lésions xanthélasmiques. Ces piqûres bien faites, ne laissent as de traces, et les lésions xanthélasmiques après une ou deux inter-entions de se genre, fondent sans en laisser davantage. Voici 7 ou ans que je pratique ce traitement du xanthome, sans qu'il soit evenu de règle dans l'opinion dermatologique. Ses résultats pourtant 'ont toujours paru excellents.

Xanthome diabétique. — Le xanthome diabétique est-il un xan-home vrai dont la glycosurie serait une cause adjuvante, est-il une iabétide xanthélasmiforme? La question est encore douteuse, ce qu'il a de certain c'est que c'est une maladie passagère (Besnier), ce qui ppose singulièrement ses mœurs à celles du xanthome vrai. Ses ymptômes en diffèrent beaucoup aussi.

Ses localisations aux extrémités, aux coudes, aux genoux, non aux aupières, son apparition rapide, les symptômes inflammatoires qui ccompagnent ses formes florides, l'hyperhémie de ses placards et de es tumeurs, qui même peuvent s'exulcérer quelquefois, sa régression ui est de règle après quelques mois, tout cela en fait une entité bien articulière, cliniquement du moins. Car anatomiquement le xan-home ordinaire et le xanthome diabétique se ressemblent.

On a invoqué dans la genèse du xanthome diabétique le rôle d'un anthome du pancréas (Hallopeau), mais la glycosurie préexiste resque toujours à l'éruption, et l'éruption peut disparaître alors que a glycosurie continue.

SARCOMES EN GÉNÉRAL

Les sarcomes sont tous des néoplasmes malins, dont les éléments sont d'origine conjonctive. Il y en a trois types dermatologiques bien distincts cliniquement :

1° Sarcome pigmentaire multiple de Kaposi.
2° Sarcome généralisé hypodermique de Perrin.
3° Sarcome mélanique sur-nævique.

Il y a ensuite les tumeurs sarcomateuses simples, d'évolutions toujours malignes, mais variables, de localisation primitive quelconque et de localisation cutanée secondaire.

Il peut exister un sarcome cutané primitif à cellules fusiformes ou un *lymphosarcome à tissu adénoïdien*, qui peut être également primitif ou secondaire.

SARCOMATOSE PIGMENTAIRE MULTIPLE DE KAPOSI

Début aux pieds et aux mains par des plaques congestives œdémateuses, dures (stade maculeux) ou immédiatement par des tumeurs grosses comme un grain de mil ou un pois, toujours violettes, vineuses ou noires (stade néoplasique). Elles se multiplient assez vite, et augmentent de volume lentement. Elles couvrent les extrémités et deviennent plus rares à la racine des membres et au tronc. Lorsqu'elles sont très nombreuses la peau entre elles est dure, épaissie, infiltrée. Ces tumeurs augmentent toujours de nombre et ordinairement de dimension; toutefois certaines se résorbent laissant une cicatrice à leur place pendant que d'autres apparaissent. La maladie en 5, 10, 20 ans, rarement plus, se généralise. L'état général reste longtemps très bon. Il n'y a aucun symptôme subjectif : douleur, prurit; ni symptôme fonctionnel autre que l'impotence des doigts. Mais les tumeurs apparaissent aux muqueuses, elles se généralisent aux viscères, la cachexie alors commence et se prononce rapidement avec des phénomènes généraux : fièvre, diarrhée, et le malade meurt dans le marasme. Pas de traitement autre que le traitement des symptômes.

SARCOMATOSE GÉNÉRALISÉE HYPODERMIQUE DE PERRIN

›arition, au hasard, sans localisation systématique, au tronc, à e, à la racine des membres, de tumeurs multiples, faisant une visible à l'œil, ou perçues seulement à la palpation, grosses ıe un noyau de cerise, une noisette, d'abord libres sous la peau et incolores, ensuite adhérentes à la peau, qui rougit ou devient ée. Vers la fin de la maladie, quelques-unes de ces tumeurs peu'ulcérer.

maladie progresse rapidement. On observe de nouvelles tumeurs que examen. L'asthénie et la cachexie se prononcent rapideavec des symptômes dépendant de la généralisation viscérale. Et ›rt survient 10-15 mois après les débuts de la maladie. Aucun ment valable.

RCOME MÉLANIQUE SUR-NÆVIQUE (NÆVO CARCINOME DE UNNA)

naît sur un nævus congénital ordinairement pigmentaire la forme d'une tumeur noire, indolente, très lentement extent qui peut même rester stationnaire des années. Après cette le de durée indéterminée et qui est abrégée par toute intervention quelle qu'elle soit, survient une période de généralisation ultrae, à la peau, aux viscères. La cachexie se prononce de jour en t la mort arrive. Les tumeurs secondaires peuvent prendre des ısions considérables, ou rester petites, ou quelques-unes du s régresser et disparaître ou enfin s'ulcérer.

cause de ce processus est inconnue. Son traitement nul.

SARCOMATOSE CUTANÉE SECONDAIRE

sarcome peut naître en un point quelconque du corps autre que au, dans les parties molles d'une région quelconque, venir se à la peau et l'ulcérer ou se développer au-dessous d'elle; et alors sarcomatose cutanée généralisée s'ensuivre avec tous les caracde la sarcomatose hypodermique primitive de Perrin. Je n'y erai pas.

SARCOME PRIMITIF DE LA PEAU

Enfin une tumeur sarcomateuse du type cellulaire fusiforme, peut débuter en un point quelconque du revêtement cutané, au doigt, au poignet, au front, à l'anus, au pied. La nature néoplasique grave de ces tumeurs est ordinairement reconnue sans examen histologique, mais non pas toujours et l'examen histologique seul affirme sa nature exacte.



Fig. 227. — Fibro-sarcome du pied. (Malade de Morestin. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 2099.)

LYMPHADÉNOMES

Le lymphadénome, à structure ganglionnaire, est né d'ordinaire aux dépens d'un organe lymphoïde : amygdales, thymus, ganglions. Ces localisations cutanées sont alors secondaires, mais ceci n'est pas constant; il existe un lymphadénome primitif de la peau. Sa lésion initiale a tous les caractères d'un chancre induré épidermisé, en régression, mais ayant gardé son induration cartilagineuse. Souvent, autour d'une première lésion, siègent 3 à 5 autres lésions semblables plus petites; toutes d'une dureté de caoutchouc. La surface de la lésion peut s'exulcérer. Ces lésions prises pour des chancres indurés, des lymphangites tuberculo-gommeuses, des lésions de farcin, sont rarement diagnostiquées sans biopsie.

Ce lymphadénome envahit les ganglions correspondants, dont le

eloppement néoplasique peut marcher plus rapidement que celui la tumeur primitive.

La radiothérapie à hautes doses (30 à 50 unités H par séances xima de 5 unités chacune à 18 jours d'intervalle) a enrayé le dévepement d'un cas de ce genre en ses lésions initiales, mais n'a pas pêché la propagation aux ganglions de se produire.

MYCOSIS FONGOÏDE

A côté des sarcomes, mais séparément, doit être placé le mycosis ngoïde, malgré l'assimilation au sarcome qu'en font les écoles alleandes, car la clinique d'abord montre ce type nosographique tout à it spécial, et l'anatomie pathologique, tout en permettant de rapproier le mycosis fongoïde des sarcomes ne permet pas de les confondre.

Le mycosis fongoïde, ainsi nommé par Alibert, est une maladie néolasique de cause inconnue, de localisations cutanées presque excluves, de marche très chronique et, *relativement* à celle des cancers, énigne, avec des paroxysmes et des régressions, mais se terminant ouvent par la mort. Son évolution peut se partager en quatre périodes : ériode de prurit simple, période d'eczématisation, période d'infiltraon, période des tumeurs; mais cette division est schématique, la ccession de ces périodes n'est pas constante. Il y a même des cas à meurs d'emblée (Vidal, Brocq). Je décrirai un cas moyen et ordinaire.

I. Il débute vers la quarantaine par un prurit progressif, d'abord ns lésion visible. Ce prurit est paroxystique, mais les intervalles de émission sont rares, et le prurit, à ces moments-là, diminue sans sparaître. Peu à peu il augmente et peut devenir féroce. Ordinaireent il est généralisé, plus marqué pourtant à la région sacrée, aux nes et aux plis de flexion.

II. Après des mois ou même des années de ce prurit que n'accomgnait aucune lésion, on voit le grattage produire des placards d'eczéatisation, irréguliers, mais quelquefois de bords étrangement limités, uvent très rouges (érythrodermie prémycosique) et laissant entre x des îlots de réserve dont les bords semblent dessinés au trait, et nt la surface est absolument saine. Ces placards eczématiques ont s destinées diverses. Tantôt ils sont fugaces, et changent de localition, en d'autres cas ils demeurent, et il se produit lentement -dessous d'eux une infiltration diffuse progressive.

III. La transition de la seconde à la troisième période est insensible. Sous l'influence du prurit et de l'eczématisation, la peau surtout au niveau des régions où elle est le plus mince, s'épaissit, s'infiltre et demeure rouge en permanence. En même temps, tous les groupes ganglionnaires augmentent de volume, deviennent saillants et visibles sous la peau, et douloureux à la palpation. Cette infiltration peut être diffuse ou dessiner encore des placards plus ou moins considérables qui délimitent des îlots de réserve.

IV. A cette période on voit fréquemment en des points distants, sur l'infiltrat diffus préalable, se faire des bosselures ou des saillies en demi-cercles ou serpigineuses distinctes. Les régions où naissent les tumeurs mycosiques le plus fréquemment sont : la face, la racine des membres, les flancs, les seins. Souvent la maladie à cette quatrième période, passe par deux stades : l'un, pendant lequel les tumeurs sont localisées, l'autre, au cours duquel elles se disséminent.

Les tumeurs, grosses comme une noisette, un marron, prennent ensuite la forme exacte et la dimension d'une tomate. La surface de ces tumeurs comme celle de ce fruit présente une ombilication, d'où partent en rayonnant quelques sillons, séparant des saillies bosselées. Bientôt l'ombilication s'exulcère, l'ulcère s'agrandit, devient fongueux, puis il se creuse par sphacèle, pendant que ses bords demeurent talués. Ces tumeurs multiples, agglomérées en tas ou réparties sur de grandes surfaces, peuvent demeurer à peu près égales ; quelques-unes, au contraire, peuvent atteindre à des dimensions énormes, à un poids de plusieurs kilogrammes.

Chose particulière au mycosis, ces productions néoplasiques n'altèrent que très peu la santé générale du patient, qui peut vivre de longs mois avec elles, sans en pâtir visiblement.

Chose plus rare encore dans l'histoire des maladies néoplasiques, on peut voir dans un nombre important de cas de mycosis, des tumeurs du volume d'une orange, rétrogresser rapidement et disparaître, sans presque laisser de traces autres que la cicatrice de l'ulcère qu'elles portaient à leur sommet. Ces rémissions peuvent porter sur des tumeurs individuelles ou sur toutes également, et, en quelques mois, la maladie rétrocède de plusieurs années. Ce n'est malheureusement pas la règle. Le plus souvent, des poussées nouvelles de prurit, d'infiltrats et de tumeurs se font de nouveau, et le terrain gagné est reperdu. Ainsi en 5, 6, 10 ans ou davantage, la maladie livrée à elle-même conduit à la mort. Toutes les fois que j'en ai été témoin, cette

mort est survenue par une infection streptococcique, et le fait demanderait à être vérifié d'autres fois, l'infection ayant produit tantôt des abcès multiples, tantôt une pleurésie purulente.

Anatomiquement, cette maladie se caractérise par un infiltrat de cellules rondes ayant les caractéristiques des lymphocytes à l'état jeune. Ils habitent le derme dans un tissu lymphatique réticulé de néoformation. On en rencontre des agglomérats intra-épidermiques dès les premières périodes de la maladie. Ce fait est absolument caractéristique et permet souvent de fixer par une biopsie un diagnostic hésitant et dont l'importance pour le malade n'a pas besoin d'être démontré.

Cette maladie, de cause vraisemblablement parasitaire, ne paraît ni héréditaire, ni contagieuse. Il semble que les cas en deviennent un peu plus nombreux sans être fréquents à bien loin près.

Après une période où la thérapeutique du mycosis paraissait absolument nulle, la radiothérapie en plusieurs mains, particulièrement dans un cas de Brocq et Bisserié, paraît devoir donner d'admirables résultats. Elle fait disparaître successivement le prurit, les infiltrats, les tumeurs, et semble conduire le malade à la guérison. L'avenir dira si ces guérisons sont stables. Les règles de radiothérapie semblent être pour le mycosis celles de toutes les tumeurs : 25 à 30 unités H en 5 ou 6 séances successives, espacées de 15 à 20 jours. Les premiers résultats obtenus guideront le médecin. Il est évident que ces applications seront faites sans diaphragme, et chaque fois sur les plus larges surfaces possibles.

LYMPHADÉNIE CUTANÉE

Cette affection est une modalité à lésions tégumentaires de la lymphadénie ganglionnaire.

Les ganglions cervicaux, axillaires, inguinaux, etc., sont énormes et font sous la peau des masses marronnées de relief plus ou moins considérable.

En même temps, surviennent des lésions tégumentaires plus fréquentes et plus marquées à la face que partout ailleurs. C'est un empâtement de la région envahie par un œdème plus ou moins dur ou mollasse, de couleur violacée, sur lequel se dessinent des tumeurs plus ou moins grosses, de contours arrondis, de la grosseur d'une cerise, d'une amande, d'une noix, quelquefois nombreuses au point de se toucher toutes. Des lésions analogues s'observent aux extrémités.

Le diagnostic que font faire les paquets ganglionnaires est certifié par l'examen du sang qui prouve une leucémie du type lymphatique.

Pronostic mortel à brève échéance.

Pas de traitement. Rappelons cependant que la radiothérapie de la rate et des paquets ganglionnaires a pu rapprocher en quelques heures la formule hématologique de la normale. Mais pour le moment ce ne sont là que des faits d'étude.

ÉPITHÉLIOMAS

A la peau, comme en tous points du corps, les épithéliomas sont des néoplasies malignes; toutefois, il faut remarquer, dès l'abord, la longue bénignité de certains épithéliomas localisés aux couches superficielles tégumentaires.

L'épithélioma débute de 40 à 50 ans; il est plus fréquent chez l'homme et au visage. La peau sénilisée avant l'âge soit spontanément, soit chez l'homme professionnellement exposé aux intempéries, est prédisposée aux végétations épithéliomateuses; les cicatrices, principalement celles d'ulcérations chroniques, le sont encore plus. Nous savons déjà qu'il y a des épithéliomes secondaires à des maladies précancéreuses : xeroderma pigmentosum (p. 7), séborrhée concrète des vieillards (p. 33), leucoplasie buccale (p. 42); il y en a de secondaires à des ulcérations chroniques de lupus, de syphilis, à des malformations congénitales, nævo-carcinomes (p. 711).

Cliniquement, on peut distinguer des cas où l'épithélioma fait une lésion unique, et les cas où il existe une épithéliomatose disséminée. De plus, il faut distinguer tout à fait l'épithélioma superficiel, longtemps bénin, de l'épithélioma profond d'emblée, toujours grave. Darier décrit 4 formes anatomo-cliniques d'épithélioma.

1° Une première forme *papillaire*, dans laquelle la lésion est faite de saillies verruqueuses, agminées, papilliformes, et son bord relevé en ourlet talué, a pour sièges habituels les lèvres, les joues, les paupières, le menton, la langue, les mains, le gland. C'est une néoplasie longtemps superficielle, d'évolution lente au début, plus active aux stades avancés;

2° Une deuxième forme est le *cancroïde vulgaire* (lèvres, langue, muqueuse buccale, épithéliomas sus-cicatriciels). Objectivement, c'est un tubercule grisâtre couvert d'une croûtelle. Plus tard, c'est une

meur grosse comme une demi-noix, marronnée, enchâssée dans la eau. Ses bords violacés surplombent une ulcération taillée à pic, anfractueuse. Les ganglions se prennent de bonne heure; l'ulcération ncéreuse devient térébrante, sphacélique, suppurante. La cachexie st rapide, et la mort survient, hâtée par des hémorragies.

L'*épithélioma perlé* est la forme bénigne et immobile de cette variété.

3° Une troisième forme : *épithélioma plan superficiel* du nez, des aupières, est des plus chroniques, sans propagation ganglionnaire, ans généralisation, il dure 15 et 20 ans sur place, caractérisé par ne cicatrice plane, superficielle, rose, vascularisée, bordée d'une mince croûte serpigineuse, laquelle recouvre de petites ulcérations. L'élément actif de la maladie est la granulation grise, dont la multiplication périphérique a fait et agrandi la lésion, devenue cicatricielle plus tard.

4° L'*ulcus rodens* parait une variété ulcéreuse du précédent. Il siège au front, au nez, aux paupières. Dans cette forme, la néoplasie est presque invisible, c'est l'ulcère chronique qui est tout. Le fond de l'ulcère est sec, rose ou jaunâtre. L'ulcère à pic d'un côté est cicatrisé en pente douce de l'autre. Sa malignité locale est grande; sa malignité générale nulle.



FIG. 228. — Épithéliomatose surséborrhéique. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 1194.)

L'*épithéliomatose diffuse du visage* qu'on voit suivre les acnés sébacées concrètes, les « crasses séniles », etc., n'est qu'une forme clinique et n'appartient pas à un type anatomique unique et constant.

Très distincts des nævi-adénomes symétriques de la face, sont les adénomes vrais de la peau, c'est-à-dire les néoplasmes épithéliaux à structure glandulaire à évolution bénigne.

Ceux-ci ressemblent à des kystes sébacés ou à des tumeurs quel-

conques, grosses comme une noix ou au maximum une orange mandarine; à leur surface la peau est normale, leur consistance est plus ou moins ferme, leur surface régulière, quelquefois *marronnée*: ils ne sont pas douloureux et ne présentent jamais d'infection ganglionnaire. Leur traitement est dans leur ablation chirurgicale totale préventive.

Ces *épithéliomas de structure adénoïde* n'ont pas d'évolution clinique absolue, correspondant à leur structure, et ne sont qu'une espèce



FIG. 229. — Cylindromes. (Malade de Poncet. Dessin de Loison.)

anatomique. Ce sont des épithéliomas de cette forme qui quelquefois se calcifient, et dès lors s'immobilisent dans leur évolution.

La peau peut encore montrer des *carcinomes secondaires* à une lésion primitive du sein par exemple; ils peuvent se présenter en tumeurs ou en nappe (p. 562).

CYLINDROMES

On désigne sous le nom de cylindromes des néoplasies très ordinairement bénignes, exceptionnellement malignes, héréditaires, familiales, à localisation fréquente au cuir chevelu, à la face, plus rares au dos, aux membres, plus fréquentes chez la femme d'âge moyen. La tumeur commence dure, indolente, à croissance lente; elle reste longtemps unique, et lorsqu'on l'enlève, d'ordinaire elle ne récidive pas. Après un temps, des tumeurs secondaires se forment autour de la première, et finissent par occuper tout le cuir chevelu. Des bouquets de cheveux conservés sortent entre elles et achèvent de donner au malade une physionomie singulière (fig. 229). Ces tumeurs, grosses comme des noix, des marrons, sont sessiles ou pédiculées. Histologiquement, il s'agit d'un épithéliome alvéolaire, avec envahissement myxomateux.

Le pronostic est bénin, l'exérèse chirurgicale, si possible avant la multiplication des tumeurs, est le traitement de choix. C'est une maladie rare contre laquelle, à ma connaissance, la radiothérapie n'a pas été essayée.

GRANDES DERMATOSES INFECTIEUSES CHRONIQUES

Le chapitre qui va suivre résumera schématiquement les symptômes, la marche, l'évolution des quatre grandes dermatoses infectieuses chroniques, sans oublier ce que l'on sait de leur traitement.

SYPHILIS

La syphilis est une maladie spécifique, contagieuse, inoculable et par conséquent microbienne, mais dont la cause microbienne était hier encore inconnue [1]. Sa propagation spontanée ne s'observe que dans l'espèce humaine, mais on l'inocule expérimentalement à certaines espèces de singes. Ses symptômes, ses lésions et son évolution chez l'homme sont éminemment importantes à connaître et caractéristiques. Je l'étudierai d'abord dans ses lésions objectives et ses lésions dans l'ordre de leur apparition.

I. La première qui est constante est le chancre induré (infectant, syphilitique, accident initial, sclérose initiale), qui naît au point même de l'inoculation, en général de 15-20 jours après elle, exceptionnelle-

[1] D'après Schaudin le microbe de la syphilis serait un parasite du groupe des spirilles ou spirochètes.

nt après 20 jours, sous la forme d'une exulcération superficielle à ne déprimée, non suintante, de couleur carnée autour de laquelle et is laquelle se constitue en 1 ou 2 semaines une induration cartonnée, rtilagineuse, caractéristique. L'exulcération a de 5 à 10 millimètres diamètre, son induration double ces dimensions qui sont d'ailleurs riables. Le chancre, après une période d'augment de 2 ou 3 semaines, ste stationnaire, puis guérit toujours et spontanément. Sa surface ulcérée s'épidermise en 4 à 5 semaines. Son induration fond peu à eu en quelques mois, mais reste longtemps perceptible.

Le chancre induré est ordinairement unique mais cette règle résente des exceptions nombreuses.

2° La deuxième lésion de la syphilis est le ganglion satellite du hancre. Adénite presque indolore faisant le ganglion plus gros l'une amande, d'une rénitence de caoutchouc. Le ganglion pris est lui auquel correspond la région du chancre. Cette adénite perceptible s la première semaine de l'existence du chancre est à son maximum and la régression du chancre commence. Elle régresse elle-même ntement, mais le ganglion indicateur du chancre est encore reconissable souvent six mois et plus après l'accident dont il témoigne.

3° Les ganglions voisins de celui-là sont pris à leur tour; leur ensemble constitue la *pléiade*. Tous offrent les caractères de l'adénite e je viens de décrire, mais les ganglions de la pléiade sont deux fois ins gros que le ganglion satellite du chancre. Les ganglions syphiques ne suppurent jamais. Il existe pourtant des chancres mixtes, nbiose du microbe de la chancrelle et du virus syphilitique dont le nglion indicateur peut suppurer. Le cas est exceptionnel. Le chancre xte a d'ordinaire l'ulcération et la suppuration du chancre mou et nduration du chancre spécifique.

II. 4° La pléiade ne reste pas longtemps isolée, tous les groupes nglionnaires du sujet se prennent un à un et constitueront pendant -15 mois la poly-micro-adénite généralisée de la syphilis secondaire.

5° La roséole syphilitique apparaît sur les flancs, la poitrine, tout le se et même les membres environ 70-80 jours après le contact qui a erminé la maladie. C'est une éruption plus ou moins visible, indoe, de taches ou macules roses, grosses comme le bout du petit doigt. peau en est tigrée, la roséole peut être discrète ou confluente. Elle sse aisément inaperçue mais peut s'accompagner de deux jours de rbature et même d'une fièvre très passagère. La roséole peut ffacer en 15 jours ou durer sur place 3 mois et plus. Elle s'accom-

u voile et le bord du voile du palais, la langue, le plancher buccal et
 face interne des lèvres et des joues. Ce sont des exulcérations
ouges, ovales, de quelques millimètres de diamètre cernées de gris.
'éruption de ces plaques n'est pas uniforme : elle est faite de poussées
ubintrantes dont les premières sont les plus vives mais qui peuvent
e prolonger de longs mois, avec des rémissions. On peut dire que la
laque muqueuse est la lésion d'où procèdent la plupart des syphilis
ouvelles, car elle est aussi et plus contagieuse que le chancre.

Dans des cas rares les plaques sont si nombreuses et si larges qu'il
'ensuit quelques symptômes d'angine : dysphagie, nasonnement, et,
omme le larynx est pris en même temps, la voix est voilée. Les
laques muqueuses ne s'ulcèrent jamais, ne laissent jamais de cica-
rices et s'effacent, après un temps, comme les papules secondaires de
 surface cutanée.

8° Les accidents qui précèdent font la période dite secondaire. Il
aut y ajouter l'*alopécie en clairière* (du 5e-8e mois) qui atteint le
uir chevelu, les sourcils, et le poil même du corps.

L'*iritis* est plus rare, on l'a vue précoce, mais elle est d'ordinaire
ostérieure à l'éruption papuleuse et aux plaques. Je note aussi
onyxis qui est de même date. Elle atteint toujours plusieurs doigts,
'ordinaire latéralement; on dirait un début de tourniole, presque
ndolore, mais c'est une lésion qui sèche et s'exfolie sans presque
amais suppurer.

III. Passée la période secondaire presque toujours vigoureusement
raitée, il y a d'ordinaire un temps de silence entre les accidents se-
ondaires à peu près inévitables et les accidents tertiaires qu'on peut
viter le plus souvent dans les syphilis traitées correctement.

Le tertiarisme est vraiment distinct de la syphilis secondaire. Il
e se caractérise on peut dire jamais par des éruptions ou des
ésions généralisées, mais au contraire par des éruptions régionales
imitées et des lésions étroitement localisées. En revanche, la multi-
ormité de ses lésions est à peu près indéfinie.

9° Il y a des lésions de la peau : *syphilides papuleuses* ou *papulo-
uberculeuses en corymbes*, *en cercle*, *en* larges *dessins figurés*,
ommes en nappe de la peau, dont la fonte superficielle fait des
ésions croûteuses chroniques, ordinairement dénommées *syphilides
erpigineuses tertiaires* ulcéreuses ou non ulcéreuses. Ces gommes
uperficielles en nappe constituent l'ulcère syphilitique tertiaire de la
mbe.

10° A côté de ces lésions superficielles il y en a qui constituent des syphilomes profonds, des gommes, néoplasiques d'abord, qui subissent une évolution nécrotique ou scléreuse progressive. Elles peuvent évoluer sous la peau, en pleins muscles, en tous organes.

Les lésions scléro-gommeuses de la langue, les chorio-rétinites du fond de l'œil, sont de même date, de même les perforations osseuses (du nez) et séquestres. Toutes les lésions tertiaires ont pu s'observer de 18 mois à 20 ans et plus après le chancre. Plus on s'éloigne de la période initiale, plus les accidents s'espacent et deviennent rares, mais sans qu'on ait la certitude qu'il n'en reviendra jamais : hantise ordinaire des syphilitiques.

11° *Syphilis des centres nerveux.* — Un grand nombre des maladies nerveuses, classées autrefois comme autonomes, apparaissent aujourd'hui comme des séquelles de la syphilis (A. Fournier); presque toutes ont des lésions scléreuses périvasculaires pour origine. On les comprend ainsi : A la période secondaire, une pluie de lésions passagères s'est produite, à peine congestives, sans symptômes fonctionnels très accusés. Chacune a donné lieu plus tard à un noyau de sclérose étranglant cellules ou cordons nerveux. Ou bien les lésions sont dispersées au hasard : *scléroses tigrées de la moelle*, ou bien elles sont diffuses et suivent tous les vaisseaux de la pie-mère : *paralysie générale* ou bien elles sont systématisées à des cordons : *ataxie locomotrice*, à des centres : *atrophie musculaire progressive*.

Ainsi ces lésions se trahissent longtemps après qu'elles sont faites, ce qui explique la médiocrité des résultats thérapeutiques qu'on obtient contre elles.

12° *Syphilis héréditaire.* — La syphilis est une des rares maladies infectieuses dont la transmission, par les deux parents à l'enfant à naître, soit de règle, quand les parents sont en puissance de syphilis active. Il semble que cette transmission, qui s'opère aussi bien du fait du père que du fait de la mère, puisse se faire à deux époques et fournisse un tableau différent. Ou bien la contamination se fait dans les premiers mois de la grossesse; dans ce cas, le produit a toutes chances d'être tué. Nulle maladie ne fait autant de mort-nés et de fausses couches. C'est à ce point que 4 ou 5 fausses couches successives certifient presque la syphilis des géniteurs. Quelques infectés échappent et arrivent à naître. Ils sont cachectiques dès les premiers mois de la naissance. Ils semblent flotter dans leur peau trop grande. Ce sont de petits vieillards. Ils peuvent présenter des éruptions spéci-

tiques secondaires. Leur développement s'effectue mal ; le plus souvent ils meurent en très bas âge. Les survivants font des nains, des phénomènes, des hydrocéphales au front énorme, des enfants à maxillaire inférieur saillant, dont le prognathisme fait un profil en croissant de lune. Il en échappe pourtant qui n'ont que peu de symptômes reconnaissables de leur origine, voués pourtant à bien des maux dont on méconnaît l'origine première (voir par exemple : *Pelade hérédo-syphilitique*, p. 245).

Ou bien l'enfant peut avoir été conçu sain et être infecté dans les derniers mois de la grossesse par une syphilis intercurrente de la mère. Dans ce cas, il peut naître en bonne forme et présenter, après quelques semaines de vie normale, tous les symptômes d'une syphilis secondaire floride avec retentissement sur sa santé générale. Ces nourrissons peuvent mourir de syphilis, beaucoup moins souvent toutefois que les précédents, le plus souvent d'une infection accessoire intercurrente : bronchopneumonie, érysipèle, etc.

Enfin l'enfant peut naître non syphilitique, c'est-à-dire ne présenter jamais aucune lésion vivante de syphilis et porter quand même des altérations dystrophiques de son squelette : tibias platicnémyens, lésions maxillaires, dentaires, etc., témoignant de l'état morbide de ses géniteurs. Ces stigmates indélébiles permettent des diagnostics rétrospectifs intéressants.

Parmi les hérédo-syphilitiques, il y a donc les infectés, qui ont fait une syphilis vraie et les dystrophiés qui ne font que porter la marque de la syphilis paternelle ou maternelle ; mais on prend souvent pour des dystrophiés, des infectés dont l'infection larvée peut se traduire à 10, 15, 20 ans même et davantage par des lésions syphilitiques ulcéreuses ou nécrosantes dont la nature est très souvent méconnue (syphilis héréditaire tardive).

Hygiène du syphilitique. — Toutes les ulcérations primaires ou secondaires de la syphilis sont contagieuses, et il est souvent difficile de déterminer la nature secondaire contagieuse ou tertiaire non contagieuse (?) de certaines lésions (voir : *Glossite scléreuse tertiaire*, p. 52). L'abstersion des ulcérations extérieures est donc de rigueur, et la proscription de tous les contacts médiats (rasoirs, brosses, etc.), et immédiats. Ceux-ci, particulièrement le baiser et le coït, sont des plus dangereux et pendant une très longue période. Même après des mois, toute trace d'érosion aux organes génitaux doit faire proscrire le coït. Le mariage, du consentement unanime de tous les syphiligraphes,

doit être retardé après 4-5 ans. Si la syphilis a été contractée au cours du mariage par un contact extraconjugal, les rapports des conjoints doivent être immédiatement interrompus de toute nécessité. Si les deux conjoints sont syphilitiques ils doivent s'abstenir de tout coït reproducteur. Si la fécondation s'est produite, il faut pratiquer à la mère un traitement antisyphilitique intensif. Il faut traiter même si le père seul est syphilitique et si la mère ne paraît pas contaminée, car il peut naître d'un père syphilitique et d'une mère *en apparence saine* un enfant syphilitique. Et cet enfant peut téter sa mère sans jamais la contaminer, preuve que la mère est syphilisée (?) ou vaccinée (?) (Loi de Colles).

L'enfant d'un syphilitique en activité doit donc être réputé syphilitique. Il peut être nourri par sa mère même supposée saine (Loi de Colles) mais il ne peut être donné à une nourrice non syphilitique.

Traitement du syphilitique adulte. — On peut traiter la syphilis par des médicaments pris à l'intérieur : Pilules de protoiodure de 0,05 centigrammes, 1-3 par jour. Pilules Dupuytren (1-2 par jour). Liqueur de van Swieten, 1-2 cuillerées à soupe par jour, etc., etc.... Ou par des frictions cutanées d'onguent mercuriel double : 4-5 grammes par jour en frictions alternatives dans les plis de flexion, 1 jour l'un, 1 jour l'autre. On l'applique après un savonnage préalable et on garde l'application une nuit; on savonne le lendemain matin. (Surveiller attentivement la salivation et les infections dentaires et gingivales, causes de stomatite). Ces traitements peuvent être nécessités par l'éloignement du médecin, la pusillanimité du malade, etc. La nécessité de cacher un traitement peut même faire faire les frictions de jour, sous la plante des pieds. Savonner le soir.

Le traitement le plus rationnel et le plus scientifique est le traitement par injections (Scarenzio). Il se fait à dates fixes et permet d'introduire dans l'économie une quantité connue de médicaments sans fatigue intestinale inutile. Une infinité de sels mercuriels ou de composés divers ont été préconisés. Il y a des partisans des injections de sels solubles et de sels insolubles. La plupart des sels solubles doivent être injectés souvent et à petites doses, les sels insolubles plus massivement et à de plus longs intervalles ce qui les rend plus pratiques. Mais ils peuvent donner lieu à des phénomènes d'intoxication plus prolongée.

Voici trois modèles d'injections mercurielles.

1° Biiodure d'hydrargyre pur	0,10 centigrammes.
Iodure de sodium pur et sec	0,10	—
Eau distillée stérilisée	10 cent. cubes.

B. — On peut remplacer l'eau distillée par de l'eau physiolo-
e; 1 centimètre cube contient 0,01 centigramme de biiodure cor-
ondant à 0,0044 de mercure.

dose efficace moyenne journalière est de 0,02 à 0,025 de bi-
re.

peut dissoudre 0,02 et 0,03; 0,04; 0,05 centigrammes et plus
iodure par centimètre cube; il suffit de mettre dans la solution
e égale d'iodure de sodium. (Lafay.)

Huile grise à 40 pour 100 de Hg :

Mercure purifié	40 grammes.	
Lanoline anhydre stérilisée	12 —	
Vaseline blanche pure stérilisée	13 —	
Huile de vaseline médicinale stérilisée	35 —	(Lafay).

ection hebdomadaire d'une demi-seringue de Barthélemy ou de
divisions de la seringue de Pravaz, soit de 0,08 à 0,10 centi-
mes de mercure.

Injection de calomel :

Calomel à la vapeur	1,50
Huile d'olives ou d'amande stérile	15 cent. cubes.

aque seringue de Pravaz contient 10 centigrammes de calomel;
ecter qu'une demi-seringue par semaine, soit 0,05 cent. de calo-
sauf indications spéciales.

s injections se font à la fesse, au bord droit du grand fessier
nativement à une fesse puis à l'autre. (Voir pour la technique,
78). *La femme syphilitique enceinte sera traitée* comme si elle
it pas enceinte.

ur *le traitement de la femme apparemment saine* enceinte d'un
ilitique, on peut conseiller une piqûre de 0,08 centigrammes
ile grise (à 40 pour 100) par mois.

traitement de l'enfant syphilitique se fera par des moyens iden-
s avec des doses médicamenteuses variables suivant son âge. Un
risson peut prendre de vingt à cinquante gouttes par jour de
ur de van Swieten, en trois ou quatre prises par jour. A partir

de deux ans, une cuillerée à café par jour, etc.... On peut aussi le traiter par des frictions de un à deux grammes d'onguent napolitain suivant l'âge.

Le traitement de la syphilis nerveuse toujours trop tardif par la force même des choses doit être pratiqué par les injections intensives, (Leredde), et fournit, presque toujours, quand même, des résultats médiocres.

Le traitement de la syphilis héréditaire tardive, comme celui des syphilis graves, de l'avis de tous les auteurs, comporte à peu près exclusivement, l'emploi des injections répétées, à hautes doses, médication intensive. (Barthélemy, Leredde, etc....)

Durée du traitement. — On compte 18 mois de premier traitement, actif, de la syphilis, quelles que soient les méthodes employées. Dans ce laps de temps sont comptées des trêves de repos; un malade se traite 20 jours par mois, ou se repose 1 mois sur 3.

Pendant toute la durée du traitement, y compris les trêves, on fait souvent continuer au malade l'absorption de 1 gramme de chlorate de potasse par jour, considéré comme un antidote du mercure et un préservatif de ses accidents. Ce médicament, pas plus qu'aucun autre, ne doit être aveuglément et indéfiniment conseillé, ni son action considérée comme décisive. Pendant 4 ans, le traitement spécifique doit être repris par intervalles; par prudence, on conseille souvent de le reprendre dans la suite un mois chaque année.

Ne pas hésiter à traiter plus activement, plus longtemps ou plus souvent des syphilis malignes, dont les accidents sont récidivants ou difficiles à réduire. Les syphiligraphes, dans le monde entier, ont tendance à conseiller maintenant des traitements plus actifs, à doses plus fortes, et plus longtemps continuées qu'on ne le conseillait il y a 10 ans.

TUBERCULOSE

La tuberculose est une maladie spécifique, contagieuse, inoculable à l'homme et à la plupart des animaux, quelquefois mais très rarement héréditaire, causée par le bacille de Koch.

L'histoire de la tuberculose viscérale a été très longue à se faire, il est vraisemblable qu'elle est encore fort incomplète. L'histoire dermatologique de la tuberculose s'est faite lentement, et présente encore de très nombreuses obscurités.

Un produit tuberculeux contenant le bacille, lorsqu'il est inoculé à peau, détermine ordinairement un chancre ou tubercule anato-iqque, lésion hypertrophique saillante, de surface rugueuse et condy-mateuse, d'évolution chronique progressive, présentant très rarement ne tendance à l'ulcération (p. 378). Cette lésion ne présente pas de ndance à la régression spontanée. Elle peut s'accompagner de lym-hangite nodulaire gommeuse, dont les nodosités se ramollissent et ulcèrent (p. 365). Cela est rare. Plus souvent la lésion tuberculeuse 'inoculation produit à la longue une adénite. Celle-ci évoluera hroniquement, mais pourra aboutir à la fonte ganglionnaire et à ulcération chronique.

L'adénite simple devient, le plus souvent, une polyadénite, dont un u deux ganglions seuls passeront par le stade de fonte purulente abcès froid), déterminant une ulcération chronique. On peut voir une olyadénite (dite autrefois scrofuleuse) plus ou moins généralisée, sans endance au ramollissement et qui demeure chronique sans modi-ication.

Suivant la porte d'entrée, les lésions et leurs adénites sont de siège ariable. L'origine pharyngée fait les adénites tuberculeuses du cou, es anciennes *écrouelles*, comme l'infection par les voies respiratoires fait la tuberculose pulmonaire et par les voies digestives, les ulcéra-tions intestinales, etc.

Une tuberculose peut évoluer localement quel que soit son type, son lieu d'origine et sa localisation. Mais elle peut aussi donner lieu à des dispersions bacillaires, qui peuvent à leur tour évoluer malignes ou bénignes. Nous devons laisser ici de côté toutes les tuberculoses viscérales et articulaires et nous limiter exclusivement aux lésions tuberculeuses dermatologiques.

On les a divisées en deux groupes : dans le premier sont rangées les lésions dont l'origine tuberculeuse est indiscutable, parce que leur inoculation au cobaye reproduit la tuberculose. Dans le second sont rangées les lésions que la clinique montre en rapport avec les lésions démontrées tuberculeuses mais dont l'inoculation au cobaye ne rend pas les cobayes tuberculeux.

On a désigné les premières sous le nom de tuberculides et les deuxièmes sous le nom de toxi-tuberculides (Hallopeau) mais ce dernier nom formule une hypothèse qu'aucun fait expérimental ne démontre. Il vaut donc mieux appeler les lésions expérimentalement tubercu-euses : tuberculoses, et les autres : tuberculides, laissant à ce mot la

signification première que Darier son auteur lui avait donnée. Entre les deux classes d'ailleurs il y a des points de transition que l'expérimentation n'a pas encore suffisamment étudiés.

Il existe des *ulcérations tuberculeuses cutanées*, ou *muqueuses* de la peau, des muqueuses pharyngées, linguales, buccales, anales, décrites en leur lieu et dont la nature bacillaire est généralement facile à mettre en lumière.

Il y a des *gommes sous-cutanées*, s'ouvrant à la peau et constituant une ulcération tuberculeuse plus profonde que les précédentes.

Il y a des *gommes cutanées, superficielles*, en nappe, érodant la peau, très suppuratives (Gaucher), et aboutissant aussi à des ulcérations chroniques de surface; ces deux dernières lésions provenant ordinairement de la suppuration d'une adénite sous-jacente suivies du développement de l'infection tuberculeuse autour de l'orifice fistuleux à la surface de la peau. Ordinairement l'inoculation directe à la peau donne le tubercule anatomique dans sa forme primitive ou son développement en surface qui constitue la *tuberculose verruqueuse* ou végétante de Riehl et Paltauf (p. 378).

Le *lupus tuberculeux* résulte de l'évolution nodulaire intradermique de la tuberculose, mais les bacilles y deviennent déjà des plus rares quoique son inoculabilité au cobaye reste de règle. Son évolution lente, progressive, peut être ulcéreuse, ou végétante mais souvent le lupus ne s'ulcère pas du tout et s'étend sans changer son type d'évolution sous forme d'un infiltrat cutané chronique.

A côté du lupus tuberculeux (bacillaire), il y a la lésion homologue dont l'inoculation au cobaye reste négative (sarcoïde de Bœck).

Immédiatement après le lupus, doivent être placées, dans une énumération semblable, les *chéloïdes* vraies, dont la nature tuberculeuse, sans qu'on puisse la certifier constante, semble s'affirmer tout au moins dans un grand nombre de cas (p. 445). Ce sont des tumeurs dures, fibreuses, rondes ou linéaires, ordinairement post-traumatiques, quelquefois spontanées, de développement lent et de persistance *in situ* indéfinie.

Toute une série de tuberculides existe ensuite, qui se présentent avec des caractères de diffusion analogue à ceux des éruptions syphilitiques secondaires. Elles ne semblent pas en général inoculables au cobaye. Pourtant elles auraient donné à quelques auteurs des résultats positifs d'inoculation.

Le premier type en est le *lichen scrofulosorum* (p. 568), éruption

ouquets de papules miliaires, rondes, jaunes, disséminées sur le
et tout le corps; la structure de ces lésions accuse la tuberculose,
om même de l'éruption indique le rapport clinique de cette érup-
avec des tuberculoses certaines. Il faut rattacher à cette éruption
forme floride : *éruption papulo-pustuleuse agminée*, d'évolution
nique, décrite par Hallopeau et Thibierge.

deuxième type des tuberculides à éruption généralisée est
titué par les *tuberculides papulo-tuberculeuses à évolution cica-
ielle* décrites par Brocq, par Barthélemy (acnitis, folliclis), d'abord
me folliculites sous des noms divers et par d'autres comme *acné
ecticorum* ou *scrofulosorum* (p. 379).

n regard de ces tuberculides éruptives, punctiformes, il faut placer
tuberculides éruptives en placards. Le type en est dans le *lupus
hémateux fixe* (p. 19), dont la nature tuberculeuse a d'abord été
tenue par E. Besnier et Doyon et surtout le lupus érythématheux
ile, *exanthématoïde* (Brocq).

ux confins de celui-ci se placent le *lupus* et l'*érythème pernio*
376). D'aucuns ajoutent à cette liste l'*érythème induré de Bazin*
t-à-dire l'érythème noueux, d'autres l'*angiokératome de Mibelli*.
ces derniers rapprochements sont hasardeux et basés sur des
ports cliniques moins évidents et moins serrés que ceux qui ont fait
ger parmi les tuberculides les formes cliniques précédentes.

nfin on a signalé au cours de la cachexie tuberculeuse une lésion
udo-xanthélasmique, l'élastorrhexis que constitue la disparition par
ces du tissu élastique des vergetures spéciales. (Bodin.)

la tuberculose, en ses diverses modalités dermatologiques et
res, on ne connaît pas de thérapeutique spécifique.

e traitement varie donc avec les modalités et les localisations; il
té étudié avec elles.

LÈPRE[1]

a lèpre est une maladie chronique contagieuse, inoculable de
mme à l'homme, mais spéciale à l'espèce humaine, causée par un
ille spécifique, découvert par Hansen. Son inoculation au singe
nt d'être affirmée (Nicolle).

) Ce chapitre s'est beaucoup inspiré des travaux remarquables de Jeanselme
ce sujet.

Cette maladie, l'une des plus anciennement connues, occupe encore une immense surface de la terre, endémiquement, presque toute l'Asie, les bords de l'Afrique, le tour de la Méditerranée, l'Amérique équinoxiale et, en Europe, tout le tour de la presqu'île scandinave. En France on n'en observe plus que de très rares cas, sporadiques, dont beaucoup d'auteurs ont même discuté l'authenticité, et des cas authentiques qui proviennent de pays étrangers : de nos colonies d'Asie, des Antilles, ou de la Guyane. La rareté des cas qu'on observe en France me fera condenser, en des paragraphes très brefs, l'histoire d'une maladie qui est pourtant en beaucoup de pays d'une importance capitale.

On ignore la voie d'introduction ordinaire du virus. Ce pourrait être les fosses nasales. L'incubation de la maladie peut durer de quelques mois à 5 ans et davantage; dans ces derniers cas il faut admettre qu'en un point existe quelque colonie dont la vie latente persiste sans qu'elle se multiplie et se disperse. Parmi les phénomènes précurseurs on a noté le coryza chronique comme fréquent.

Rien n'est précis jusqu'à l'apparition de la roséole lépreuse : éruption exanthématique de macules roses irrégulières, plus ou moins nombreuses et d'évolution plus ou moins rapide. Cette éruption est caractéristique. A partir de ce moment la maladie pourra évoluer suivant deux types différents : lèpre *tuberculeuse* ou lèpre *anesthésique*, qui peuvent coexister plus ou moins ensemble en des types mixtes, mais qui sont d'ordinaire bien tranchés. Nous les étudierons successivement.

I. **Lèpre tuberculeuse**. — Schématiquement on peut diviser son éruption en trois périodes (Leloir). Période d'éruption, période néoplasique, période ulcéreuse.

Période d'éruption. — Les macules hyperémiques de l'exanthème apparaissent successivement, deviennent de plus en plus infiltrées, papuleuses; elles s'épaississent, s'organisent, deviennent saillantes. Ces tubercules apparaissent plus ou moins vite, successivement ou par poussées, en quelques mois ou en quelques années, plus ou moins nombreux aussi, plus ou moins limités ou diffus.

Période néoplasique. — Les tubercules évoluent vers la transformation gommeuse et l'ulcération, dans la lèpre floride, au moins dans les pays où elle existe endémique. En France, souvent, les tubercules évoluent vers la régression et la cicatrice sans ulcère. Mais cette

gression est très lente. Certains tubercules disparaissent pendant que d'autres surviennent. Au visage se constitue peu à peu le facies léonin (fig. 24), les sourcils se remplissent de tubérosités et leurs poils tombent. Cette période extrêmement longue est coupée de poussées aiguës; alors la température monte à 40°, il y a de la céphalalgie, un état saburral, du délire, des nausées. Les jours qui suivent se prononcent des arthralgies, un véritable érythème noueux, dont les nodosités feront des tubercules nouveaux ou encore de larges surfaces de pseudo-érysipèle spécifique. Ainsi se constitue la lèpre tubéreuse qui donne au malade un aspect vraiment horrible.

Plus tard les déterminations régionales se prononcent : l'œil est un des organes atteints le plus fréquemment. Il se produit une kératite lépreuse, des infiltrats, des phlyctènes et des ulcérations de la sclérotique et de la cornée, plus tard des taies et des pannus. Il y a une iritis lépreuse. Au larynx l'infiltration des cordes vocales produit l'aphonie, aux périodes suivantes des sténoses laryngées. Au pharynx se produit un léprome diffus, qui s'ulcère quelquefois et demeure chronique en tous cas. La langue présente une glossite scléreuse, très syphiloïde.

Il existe une orchite lépreuse, des tubercules et une infiltration en nappe du fourreau de la verge constituant un pseudo-phimosis lépreux. Tous les viscères sont plus ou moins pris. La rate est grosse, tous les ganglions sont engorgés, il existe des localisations bacillaires péritonéales, souvent une tuberculose pulmonaire survient, due au bacille de Koch.

Période ulcéreuse. — Au cours de toute lèpre tuberculeuse, le ramollissement des tubercules peut les convertir en lésions ulcéreuses. Cela existe pour tous les lépromes dans certains cas graves. Le malade est alors couvert de plaies phagédéniques, épouvantables. Les nécroses osseuses peuvent se produire, les éliminations de phalanges (p. 430); au nez, la lèpre copie la syphilis avec un nez en lorgnette et la perforation de la cloison.

Après 10 ou 15 ans de maladie, la cachexie arrive, avec les suppurations interminables, les infiltrations viscérales, etc. Le lépreux devenu aveugle, paralysé, indifférent à tout, s'éteint lentement. Une infection secondaire termine la scène, une infection septicémique, la malaria ou le tétanos.

La forme que nous avons décrite est moyenne. En certains pays il y a des cas rares de lèpre beaucoup plus rapidement mortels. Inverse-

ment dans nos pays on voit des malades, dont les crises aiguës s'espacent de plus en plus et deviennent de moins en moins vives, et chez qui la maladie sans guérir s'atténue progressivement.

II. Lèpre anesthésique. — La lèpre anesthésique est tout autre; elle aussi peut être considérée schématiquement comme composée de trois phases : une phase *hyperesthésique*, une phase *anesthésique*, une phase *amyotrophique*.

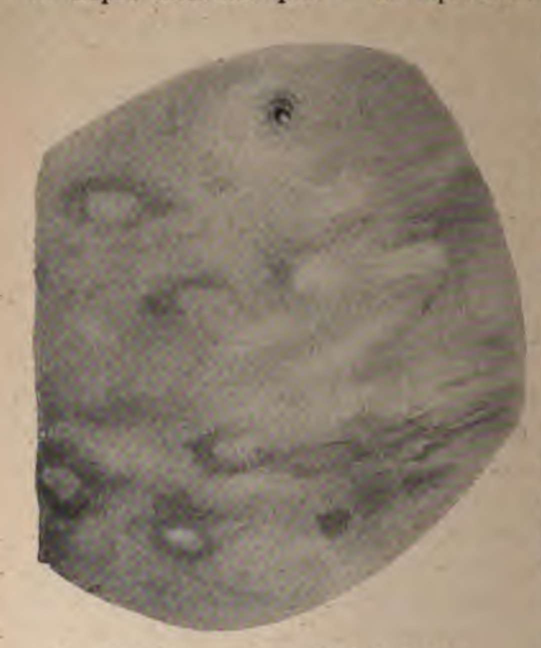


Fig. 251. — Lèpre maculeuse. (Malade de E. Besnier. Musée de l'hôpital Saint-Louis, n° 626.)

α. *Phase hyperesthésique.* — Elle commence à l'éruption maculeuse qui est au début de toutes les lèpres. Les taches ne deviennent pas papuleuses, elles se pigmentent, s'étendent, leur centre blanchit (*vitiligo gravior*). Quelquefois surviennent soit hors des taches, soit plutôt sur elles, des bulles pemphigoïdes. Les taches deviennent le centre de troubles sensitifs progressifs. Ce sont d'abord des douleurs névralgiques, des fourmillements, des sensations de cuisson. Cette phase peut n'être pas très marquée.

β. La deuxième ne manque jamais : *Phase d'anesthésie.* L'anesthésie résulte de névrites. Les nerfs que l'on peut palper (cubital) présentent une série de nodosités perceptibles. L'anesthésie est ordinairement symétrique et localisée aux membres, plus marquée aux membres inférieurs, plus en surface qu'en profondeur, d'abord rubanée, ensuite segmentaire. L'anesthésie à la chaleur est la première, l'anesthésie à la douleur survient ensuite, la sensibilité tactile persiste. La fonction sudorale est supprimée, la fonction sébacée s'exagère. Les troubles trophiques se traduisent par des poussées bulleuses (Pemphigus lépreux) surtout fréquentes aux coudes, aux

noux, au dos des mains, aux pieds, souvent escarrotiques, et aux-celles succèdent sur place des maux perforants et mutilants. En même temps, les membres inférieurs deviennent pachydermiques, éléphantiaques.

γ. *Phase amyotrophique*. — Les amyotrophies sont de règle. Dans le type le plus fréquent, l'atrophie porte sur l'éminence thénar et hypothénar, puis sur les avant-bras; les doigts sont incurvés en griffe et déviés latéralement comme dans le rhumathisme noueux. Aux membres inférieurs, on observe le steppage (pseudo-tabes lépreux) des rétractions tendineuses, les orteils en griffe, etc....

Des lésions osseuses et articulaires se produisent dans la lèpre trophoneurotique et créent des mutilations. Ce sont des panaris avec phénomènes inflammatoires et ulcérations progressives, des onyxis avec périonyxis ulcéreux, des maux perforants. Des phalanges de doigts et d'orteils sont détachées (fig. 166). Les extrémités deviennent des moignons.

La durée de la lèpre nerveuse est illimitée. Toutefois une infection secondaire peut aisément survenir chez le malade amaigri, paralysé, et comme momifié et l'achever.

La lèpre comporte des règles de prophylaxie et de traitement. De prophylaxie, car la maladie n'est pas héréditaire, mais seulement contagieuse. Un enfant nouveau-né, enlevé à sa mère lépreuse, ne devient jamais lépreux, hormis le cas d'une autre contagion; la séquestration des lépreux est un problème dont l'étude est réservée aux pays où la lèpre est endémique. A l'hôpital Saint-Louis, de mémoire d'homme, on n'a jamais vu une seule contamination se produire du fait des 12 ou 15 lépreux qui y ont toujours été depuis plus d'un siècle.

Il n'existe pas de traitement spécifique de la lèpre. L'huile concrète de Chaulmoogra, prise à la dose de 50 à 200 gouttes, est le traitement le plus actif en nos pays. Le naphtol à l'intérieur a donné quelques bons résultats. Le meilleur traitement de nos cas de lèpre coloniale consiste à rapatrier les malades en France. Ils n'y guérissent pas, mais ils y vivent.

MORVE

La *morve* est une maladie spécifique, contagieuse, le plus souvent inoculée à l'homme par les équidés, inoculable aux animaux de laboratoire et qui a pour cause un bacille découvert par Loeffler.

Chez l'homme la morve est un accident rare. On l'a vu chez des équarrisseurs, des infirmiers vétérinaires, etc., plusieurs fois on l'a vue suivre une inoculation accidentelle de laboratoire.

La morve affecte deux formes, la forme aiguë dans laquelle l'infection envahit la muqueuse pharyngée et les viscères (chez l'homme elle n'existe pas); (et le *farcin* chronique; ce dernier seul s'observe chez l'homme). Au point d'inoculation se produit un *chancre ulcéreux* à tendance phagédénique et extensive. Une lymphangite avec indurations lymphatiques s'ensuit : *boudins farcineux*. Ces indurations s'ulcèrent et forment autant d'ulcères nouveaux. Des *adénites* ne tardent pas à se produire, qui s'ulcèreront à leur tour : *bubons farcineux*. Après des mois il se produit ordinairement des foyers miliaires viscéraux, une morve pulmonaire miliaire aiguë ou une pneumonie qui emporte le malade, le plus souvent cachectique déjà. La morve humaine guérit rarement. Sa terminaison par la mort est de règle.

Les traitements essayés ont copié ceux de la syphilis. On aurait retiré de bons effets des frictions mercurielles sur le ou les membres pris. Le plus souvent tout échoue.

Le diagnostic, toujours douteux au début, à cause de la rareté des cas de morve humaine, est toujours expérimental. L'inoculation du pus dans le péritoine du cobaye mâle détermine en 5-8 jours une orchite aiguë à symptômes très inflammatoires. Le pus pris dans la vaginalite ainsi provoquée est encore impur, car chez le cobaye la vaginale communique librement avec le péritoine. Mais avec ce pus il est aisé de faire des séparations microbiennes, même sur gélose peptone glycérinée simple par dilutions successives dans l'eau de condensation de plusieurs tubes de culture successifs. (Procédé de Veillon.) La culture du bacille de la morve est caractéristique sur pomme de terre, où sa couleur brune la fait aisément reconnaître.

54060. — Imprimerie Lahure, 9, rue de Fleurus, à Paris.

Traité de Chirurgie

Publié sous la Direction

DE MM.

SIMON DUPLAY
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine

PAUL RECLUS
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Chirurgien des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine

PAR MM.

BERGER — BROCA — PIERRE DELBET — DELENS — DEMOULIN
J.-L. FAURE — FORGUE — GERARD-MARCHANT — HARTMANN
HEYDENREICH — JALAGUIER — KIRMISSON — LAGRANGE — LEJARS
MICHAUX — NÉLATON — PEYROT — PONCET — QUÉNU — RICARD
RIEFFEL — SEGOND — TUFFIER — WALTHER

DEUXIÈME ÉDITION, ENTIÈREMENT REFONDUE

Huit volumes grand in-8° avec nombreuses figures dans le texte **150** fr.

Tome I.

1 vol. avec 218 figures. . . . . 18 fr.

Tome II.

1 vol. avec 361 figures. . . . . 18 fr.

Tome III.

1 vol. avec 285 figures. . . . . 18 fr.

Tome IV.

1 vol. avec 354 figures. . . . . 18 fr.

Tome V.

1 vol. avec 187 figures. . . . . 20 fr.

Tome VI.

1 vol. avec 218 figures. . . . . 20 fr.

Tome VII.

1 vol. avec 297 figures. . . . . 25 fr.

Tome VIII.

1 vol. avec 163 figures. . . . . 20 fr.

Précis de Chirurgie cérébrale

Par Aug. BROCA
Chirurgien de l'hôpital Tenon, agrégé à la Faculté de médecine.

1 vol. avec 58 figures. . . . . 6 fr.

Traité de ❧❧❧❧❧❧❧❧❧❧❧ Technique Opératoi

PAR

CH. MONOD

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de médec

ET

J. VANVERTS

Chef de clinique à la Faculté de médecine de Lille

2 forts volumes grand in-8, fo ensemble 1960 pages et illustr 1908 figures dans le texte.



T. II, fig. 438. — Cholécystostomie, mode de passage des fils unissant la vésicule aux lèvres de la plaie abdominale.

Tome I

1° . Méthodes et mo de l'asepsie et de l sepsie, moyens di nion et d'hémo anesthésie; 2° Opé sur les divers ti 3° Opérations su membres, le crân l'encéphale, le rach la moelle, l'appare suel, le nez, les fo nasales, les sinus face, le naso-pha l'oreille, le cou, l ras, le sein.

Tome II

Opérations sur la les glandes saliv le pharynx, l'œso l'estomac, l'int le rectum et l'a foie, les voies biliaires, la rate, le rein, l'uretère, la vess tre, les organes génitaux de l'homme et de la femme.



Précis de Technique opérato

PAR LES PROSECTEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PA

Avec Introduction par le Professeur Paul BERGER



Ligature du méso-appendice.

Le *Précis de Tec opératoire* est div 7 volumes.

Tête et cou, par C NORMANT. — **Thor membre supérie** A. SCHWARTZ. — **men**, par M. G **Appareil urinai appareil génita l'homme**, par P DUVAL. — **Pratiqu rante et Chir d'urgence**, par V VEAU. — **Membre rieur**, par GEORG KEY. — **Appareil tal de la femm** R. PROUST.

Chaque volume, car et illustré d'envi fig., la plupart nales. **4**

Petite Chirurgie Pratiqu

PAR LES DOCTEURS

Th. TUFFIER
Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Chirurgien de l'hôpital Beaujon.

P. DESFOSSES
Ancien Interne des hôpitau de Paris

1 volume in-8° de 528 p., avec 307 figures, cartonné à l'anglaise

Les Tumeurs du Rein

PAR MM.

J. ALBARRAN ET **L. IMBERT**

Agrégé de la Faculté de Paris. Agrégé de la Faculté de Montpellier

grand in-8° avec 106 fig. en noir et en couleurs . . . . . **20 fr.**

La Prostatectomie
ans l'Hypertrophie de la Prostate

ostatectomie périnéale et prostatectomie transvésicale

PAR

R. PROUST

Ancien prosecteur de la Faculté de Paris.

olume grand in-8°, avec 100 figures. . . . . **10 fr.**

---

a Séparation de l'Urine
des deux Reins

PAR

Georges LUYS

ssistant du Service des Voies urinaires à l'hôpital Lariboisière (Paris).

ol. in-8° avec 55 figures. . . . . **6 fr.**

---

es Lésions du Rein
et des Glandes surrénales

PAR

L. HOCHE

des travaux d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy.

AVEC LA COLLABORATION DE

P. BRIQUEL

Préparateur d'anatomie pathologique.

Préface de M. le professeur CORNIL

ol. in-8°, illustré de 81 planches photographiques et de 87 figures
crophotographiques. . . . . **12 fr.**

Traité des Maladies chirurgicales ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ d'origine congénita

Par le Pr KIRMISSON

Professeur de clinique chirurgicale infantile à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Trousseau, Membre de la Société de Chirurgie

1 volume in-8°, avec 311 figures et 2 planches en couleurs . . . 15

Les Difformités acquises ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ de l'Appareil locomote

PENDANT L'ENFANCE ET L'ADOLESCENC

Par le Pr KIRMISSON

1 volume in-8°, avec 430 figures dans le texte. 15

Ces deux ouvrages constituent un véritable traité de Chirurgie orthopédiq

Leçons cliniques ✤ de Chirurgie infanti

Par A. BROCA

Chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants-Malades)
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

DEUXIÈME SÉRIE

1 volume in-8°, avec 99 figures. 10

Manuel pratique du ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ ✤ Traitement de la Diphtéri

SÉROTHÉRAPIE — TUBAGE — TRACHÉOTOMIE

PAR MM.

M. DEGUY
Chef du Laboratoire
de la Faculté à l'hôpital des Enfants
(Service de la diphtérie).

Benjamin WEILL
Moniteur de tubage et de trachéotomie
de la Faculté
à l'hôpital des Enfants-Malades.

Introduction par A.-B. MARFAN

1 volume in-8° broché, avec 69 figures et photographies. . . 6

Traité de Pathologie générale

PUBLIÉ PAR

CH. BOUCHARD

MEMBRE DE L'INSTITUT
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PAR

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION

G.-H. ROGER

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Médecin des hôpita

---

COLLABORATEURS :

MM. ARNOZAN — D'ARSONVAL — BENNI — R. BLANCHARD — BOINET — BO
— BOURCY — BRUN — CADIOT — CHABRIÉ — CHANTEMESSE — CHARR
CHAUFFARD — J. COURMONT — DEJERINE — PIERRE DELBET — DEVIC
DUCAMP — MATHIAS DUVAL — FÉRÉ — GAUCHER — GILBERT — GLEY
GOUGET — GUIGNARD — LOUIS GUINON — J.-F. GUYON — HALLÉ — HÉNOCQ
— HUGOUNENQ — LAMBLING — LANDOUZY — LAVERAN — LEBRETON
LE GENDRE — LEJARS — LE NOIR — LERMOYEZ — LETULLE — LETULLE
LUBET-BARBON — MARFAN — MAYOR — MÉNÉTRIER — MOSNY — NETTER
PIERRET — G.-H. ROGER — GABRIEL ROUX — RUFFER — SICARD
RAYMOND TRIPIER — VUILLEMIN — FERNAND WIDAL.

---

6 volumes grand in-8°, avec figures dans le texte . **126** fr.

TOME I. — 1 vol. grand in-8° de 1018 pages, avec figures dans le texte **18**

TOME II. — 1 vol. grand in-8° de 940 pages, avec figures dans le texte **18**

TOME III. — 1 volume in-8° de 1400 pages, avec figures dans le texte, pu
en deux fascicules. **28**

TOME IV. — 1 volume in-8° de 719 pages, avec figures dans le texte **16**

TOME V. — 1 volume in-8° de 1180 pages, avec nombreuses figures dans
texte. **28**

TOME VI. — 1 volume in-8° de 935 pages, avec figures dans le texte **18**

Chaque volume est vendu séparément.

Pathologie générale expérimentale

Processus généraux

PAR LES

Dr CHANTEMESSE
Professeur de Pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de Paris.

Dr PODWYSSOTZKY
Professeur de Pathologie générale à l'Université d'Odessa.

TOME I

Histoire naturelle de la maladie. Hérédité. Atrophies. Dégénérescence Concrétions. Gangrènes.

1 vol. in-8° jésus de 428 pages, avec 162 figures en noir et en couleurs, broché . . . . **22** fr.

TOME II

Hypertrophies. — Régénérations. — Tumeurs. — Pathologie de la circulation sanguine. — Pathologie du sang. — Pathologie de la lymphe et de la circulation lymphatique. — Inflammation. — Hypothermie. — Hyperthermie. — Fièvre.

1 volume grand in-8°, avec 57 figures en couleurs et 37 figures en noir. . . . . **22** fr.

Le Vertige

PAR LE

Dr Pierre BONNIER

1 vol. in-8° de 342 pages, broché. . . . . **5** fr.

Études Biologiques sur les Géants

PAR

P.-E. LAUNOIS
Professeur agrégé, Chargé de cours à la Faculté, Médecin des hôpitaux.

P. ROY
Ancien interne des hôpitaux Chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris.

Avec Préface de M. le professeur BRISSAUD

1 vol. grand in-8° avec 112 figures dans le texte . . . . **18** fr.

CHARCOT — BOUCHARD — BRISSAUD

BAGINSKI — BALLET — P. BLOCQ — BOIX — BRAULT — CHANTEMESSE — CHA
CHAUFFARD — COURTOIS-SUFFIT — DUTIL — GILBERT — GUIGNARD — L. GUINO
GEORGES GUINON — HALLION — LAMY — LE GENDRE — MARFAN — MARIE
MATHIEU — NETTER — ŒTTINGER — ANDRÉ PETIT — RICHARDIÈRE
ROGER — RUAULT — SOUQUES — THOINOT — THIBIERGE — TOLLEMER — FERNAND W

TRAITÉ DE MÉDECIN

DEUXIÈME ÉDITION (*Entièrement refondue*)

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DE MM.

BOUCHARD	**BRISSAUD**
Professeur à la Faculté de médecine de Paris, Membre de l'Institut.	Professeur à la Faculté de médecine de Médecin de l'hôpital St-Antoine



TOME IX. — Photographie instantanée d'un cas de sclérose combinée.

10 volumes grand in-8°, avec figur dans le texte

En Souscription (Novembre 1904). **150** f

TOME Ier

1 vol. grand in-8° de 845 pages avec fig dans le texte : **16** fr.

Les bactéries. — Pathologie générale in tieuse. — Troubles et maladies de la n tion. — Maladies infectieuses commun l'homme et aux animaux.

TOME II

1 vol. grand in-8° de 896 pages, avec fig dans le texte : **16** fr.

Fièvre typhoïde. — Maladies infectieuse Typhus exanthématique. — Fièvres é tives. — Érysipèle. — Diphtérie. — Rhu tisme articulaire aigu. — Scorbut.

TOME III

1 vol. grand in-8° de 702 pages, avec fig dans le texte : **16** fr.

Maladies cutanées. — Maladies vénérienn Maladies du sang. — Intoxications

TOME IV

1 vol. grand in-8° de 680 pages, avec figures dans le texte : **16** fr.

Maladies de l'estomac. — Maladies du pancréas. — Maladies de l'intestin Maladies du péritoine. — Maladies de la bouche et du pharynx.

TOME V

1 vol. grand in-8° de 943 pages, avec figures en noir et en couleurs dans le texte : **18** fr.

Maladies du foie et des voies biliaires. — Maladies du rein et des capsules surrénales. — Pathologie des organes hématopoïétiques et des glandes vasculaires sanguines, moelle osseuse, rate, ganglions, thyroïde, thymus.

TOME VI

1 vol. grand in-8° de 612 pages, avec figures dans le texte : **14** fr.

Maladies du nez et du larynx. — Asthme. — Coqueluche. — Maladies des bronches. — Troubles de la circulation pulmonaire. — Maladies aiguës du poumon.

TOME VII

1 vol. grand in-8° de 550 pages, avec figures dans le texte : **14** fr.

Maladies chroniques du poumon. — Phtisie pulmonaire. — Maladies de la plèvre — Maladies du médiastin.



Tome IX. — Photographie instantanée d'un cas d'hérédo-ataxie cérébelleuse.

TOME VIII

1 vol. grand in-8° de 580 pages avec figures dans le texte : **14** fr.

Maladies du cœur. — Maladies des vaisseaux sanguins.

TOME IX

1 vol. grand in-8° de 1092 pages avec figures dans le texte. **18** fr.

Maladies de l'encéphale. — Maladies de la protubérance et du bulbe. — Maladies intrinsèques de la moelle épinière. — Maladies extrinsèques de la moelle épinière. — Maladies des méninges. — Syphilis des centres nerveux.

TOME X

1 vol. grand in-8° avec figures dans le texte. (*Sous presse.*)

Les névrites. — Maladies des nerfs et des muscles en particulier. — Myopathie primitive, progressive. — Dystrophie d'origine nerveuse, paralysie générale progressive. — Les psychoses. — Chorées. — Paralysie agitante. — Maladie de Thomsen. — Neurasthénie, Épilepsie, Hystérie.

Table analytique des 10 volumes.

CINQUIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

DU

Traité élémentaire de Clinique Thérapeutique

PAR

Le Dr Gaston LYON

Ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

1 vol. grand in-8° de 1654 pages. Relié toile . . . . 25 fr.

Formulaire Thérapeutique

PAR MM.

G. LYON
Ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine.

P. LOISEAU
Ancien préparateur à l'École supérieure de Pharmacie.

AVEC LA COLLABORATION DE

E. LACAILLE

Assistant à la Clinique médicale de la Faculté de l'Hôtel-Dieu.

M. MARCHAIS | **Paul-Émile LEVY**

Anciens internes des hôpitaux de Paris.

TROISIÈME ÉDITION REVUE

1 vol. in-18 tiré sur papier indien très mince, relié maroquin souple. 6 fr.

Action des Médicaments

Leçons de Pharmacologie et de Thérapeutique professées à l'hôpital Saint-Bartholomew, de Londres.

Par Sir LAUDER BRUNTON

Docteur en médecine et en droit de l'Université d'Edimbourg.

TRADUIT DE L'ANGLAIS

PAR **E. BOUQUÉ** ET **J.-F. HEYMANS**

Professeurs à l'Université de Gand.

1 vol. in-8° jésus de 596 pages, avec 146 figures, broché 18 fr.

Les Maladies infectieuses ♆♆♆♆♆♆♆

Par G.-H. ROGER

Professeur à la Faculté de médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital de la porte d'Aubervilliers, Membre de la Société de Biologie

1 vol. in-8 de 1520 p. publié en 2 fascicules avec fig. dans le texte. **28** fr.

Les Maladies microbiennes ♆♆♆♆♆♆ ♆♆♆♆♆♆♆♆♆♆♆♆♆♆♆ des Animaux

PAR

Ed. NOCARD ET **E. LECLAINCHE**

Professeur à l'École d'Alfort — Professeur à l'École de Toulouse

TROISIÈME ÉDITION REFONDUE ET AUGMENTÉE

2 volumes grand in-8°, formant ensemble 1312 pages. . . . . . . **22** fr.

COMMENTAIRE ADMINISTRATIF ET TECHNIQUE
de la Loi du 15 Février 1902 relative à la

Protection de la Santé publique

PAR MM.

Le Dr A.-J. MARTIN ET **Albert BLUZET**

Inspecteur général de l'Assainissement de la Ville de Paris — Rédacteur principal au Ministère de l'Intérieur

Un volume in-8° de 480 pages, avec une table alphabétique.
Broché, **7** fr. **50**, cartonné toile, **8** fr. **50**.

Vient de paraître :

Les Maladies Populaires

LE PÉRIL VÉNÉRIEN
LE PÉRIL ALCOOLIQUE — LE PÉRIL TUBERCULEUX
(ÉTUDE MÉDICO-SOCIALE)

PAR

H. RÉNON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin des Hôpitaux.

1 vol. in-8° de 480 pages, broché. . . . . 6 fr.

La Pratique Dermatologiqu

Traité de Dermatologie appliquée

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM.

ERNEST BESNIER, L. BROCQ, L. JACQUET

PAR MM.

AUDRY, BALZER, BARBE, BAROZZI, BARTHÉLEMY, BÉNARD, ERNEST BESNI
BODIN, BRAULT, BROCQ, DE BRUN, COURTOIS-SUFFIT,
DU CASTEL, A. CASTEX, J. DARIER, DEHU, DOMINICI, W. DUBREUILH,
L. JACQUET, JEANSELME, J.-B. LAFFITTE, LENGLET, LEREDDE,
MERKLEN, PERRIN, RAYNAUD, RIST, SABOURAUD, MARCEL SÉE, GEORG
THIBIERGE, TRÉMOLIÈRES, VEYRIÈRES.



Tome IV. Agénésie sourcilière.

4 volumes reliés toile formant ensemble 3870 pages, et illustrés de 823 figures en noir et de 89 planches en couleurs. **156**
Chaque volume est vendu séparément.

TOME I

1 fort vol. in-8° avec 230 fig. et 24 pl. en couleurs **36**

Anatomie et Physiologie de la Peau. — Pathologie générale de la Peau. — Sy
générale des Dermatoses. — Acanthosis nigricans. — Acnés. — Actinomycose. —
— Alopécies. — Anesthésie locale. — Balanites. — Bouton d'Orient. — Brûlures. —
— Classifications dermatologiques. — Dermatites polymorphes
phytes. — Dermatozoaires. — Dermites infantiles simples. — Ecthyma.

TOME II

1 fort vol. gr. in-8°, avec 168 fig. et 21 pl. en couleurs . . . **40**

Eczéma. — Électricité. — Éléphantiasis. — Épithéliomes. — Éruptions artificielles.
thèmes. — Erythrasma. — Erythrodermies. — Esthiomène. — Favus. —
Furonculose. — Gale. — Gangrène cutanée. — Gerçures. — Greffes. —
Hydroa vacciniforme. — Ichthyose. — Impétigo. — Kératodermie
pilaire. — Langue.

TOME III

fort vol. gr. in-8°, avec 201 fig. et 19 planches en couleurs. **40** fr.

... — Lichen. — Lupus. — Lymphadénie cutanée. — Lymphangiome. — Madura (Pied de). — Mélanodermies. — Milium et pseudo-milium. — Molluscum contagiosum. — Morve et farcin. — Mycosis fongoïde. — Nævi. — Nodosités cutanées. — Œdème. — Ongles. — Maladie de Paget. — Papillomes. — Pelade. — Pellagre. — Pemphigus. — Perlèche. — Phtiriase. — Pian. — Pityriasis, etc.

TOME IV

fort vol. gr. in-8°, avec 213 fig. et 25 planches en couleurs. **40** fr.

... — Prurigo. — Prurit. — Psoriasis. — Psorospermose. — Purpura. — Rhinosclérome. — Sarcomes. — Sclérodermie. — Séborrhée. — Séborrhéides. — Sensibilité. — Sudorales (Glandes). — Tatouages. — Tricophytie. — Trophonévroses. — Tuberculides. — Tuberculoses. — Tumeurs. — Ulcères. — Urticaire. — Vergetures. — Verrues. — Vitiligo. — Xanthomes. — Xeroderma. — Zona.

Thérapeutique des Maladies de la peau

PAR LE

Dr LEREDDE

Directeur de l'Établissement dermatologique de Paris.

1 vol. in-8° de 700 pages, broché . . . . **10** fr.

Les Maladies du Cuir chevelu

PAR LE

Dr R. SABOURAUD

Chef du Laboratoire de la Ville de Paris à l'hôpital Saint-Louis

I. — Maladies séborrhéiques : Séborrhée, Acnés, Calvitie

1 vol. in-8°, avec 91 figures dont 40 aquarelles en couleurs. **10** francs.

II. — Maladies desquamatives : Pytiriasis et Alopécies pelliculaires

1 vol. in-8° avec 122 fig. dans le texte en noir et en couleurs. **22** fr.

Traité de Gynécologie

Clinique et Opératoire

PAR

Samuel POZZI

Professeur de Clinique Gynécologique à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Broca.

QUATRIÈME ÉDITION ENTIÈREMENT REFONDUE

AVEC LA COLLABORATION DE

F. JAYLE

Chef de clinique à la Faculté de Paris.



Vient de paraître :

Tome I. — Asepsie et Antisepsie. — Anesthésie. — Moyens d[e]
réunion et d'hémostase. — Exploration gynécologique. — Métrites. —
Fibromes utérins. — Cancer de l'utérus. — Déplacements de l'utérus
1 vol. grand in-8°, de 800 pages avec figures dans le texte, reli[é]
toile . . . . **20 fr.**

Tome II. — Maladies des annexes. — Tuberculose génitale. —
Grossesse extra-utérine. — Maladies du vagin. — Maladies de la vulve.
— Malformations. (*Sous presse.*)

Précis d'Obstétrique

PAR MM.

RIBEMONT-DESSAIGNES
Agrégé de la Faculté de médecine
Accoucheur de l'hôpital Beaujon
Membre de l'Académie de médecine.

G. LEPAGE
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Accoucheur de l'hôpital de la Pitié.

SIXIÈME ÉDITION

[illegible] FIGURES DANS LE TEXTE, DONT [illegible] DESSINÉES PAR M. RIBEMONT-DESSAIGNES

1 vol. grand in-8° de 1420 pages, relié toile : **30** fr.



Fig. [illegible]. — Bassin oblique avec synostose de l'articulation sacro-iliaque du côté droit.

ette nouvelle édition du **Précis d'obstétrique** est le résultat d'un rema-
nent complet. En supprimant la presque totalité des notions anatomo-
iologiques concernant l'appareil génital de la femme et en procédant à une
sion soigneuse des figures et du texte, les auteurs ont pu, sans augmenter le
ume : 1° ajouter un certain nombre de figures nouvelles ; 2° développer cer-
s questions de pratique, telles que celles des complications et hémorragies
la délivrance, des infections puerpérales, des ruptures de l'utérus, de
htalmie purulente des nouveau-nés, etc. ; mettre au point la plupart des
tions importantes ; 3° traiter des sujets nouveaux, tels que l'application de
diographie à l'obstétrique. A la pathologie médicale du nouveau-né ont
joutées des notions sommaires sur la pathologie chirurgicale de l'enfant
vient de naître.

Traité de Physiologie

PAR

J.-P. MORAT
PROFESSEUR A L'UNIVERSITÉ DE LYON

Maurice DOYON
PROFESSEUR ADJOINT A LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE LYON

5 volumes gr. in-8 avec figures en noir et en couleurs dans le texte
En souscription : **60** fr.

TOME I. **Fonctions élémentaires.** — Prolégomènes, contraction. — Sécrétion, milieu intérieur, avec 194 figures. **15**

TOME II. **Fonctions d'innervation,** avec 263 figures **15**

TOME III. **Fonctions de nutrition.** — Circulation. — Calorification, avec 173 figures **12**

TOME IV. **Fonctions de nutrition** (*suite et fin*). — Respiration, excrétion. — Digestion, absorption, avec 167 figures. **12**

Sous presse : TOME V ET DERNIER
Fonctions de relation et de reproduction.

Éléments de Physiologie Humaine

PAR

Léon FRÉDÉRICQ ET **J.-P. NUEL**
Professeurs à l'Université de Liège.

CINQUIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

1 vol. grand in-8° de XXVI-716 p., avec 284 fig. . . . . **12** fr. 5

Éléments de Chimie physiologique

PAR

Maurice Arthus
Chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Lille.

QUATRIÈME ÉDITION REVUE ET AUGMENTÉE

1 volume, avec figures **5**

aité de ✥✥✥✥✥✥✥✥✥✥✥✥✥ Physique Biologique

PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE MM.

'ARSONVAL — CHAUVEAU — GARIEL — MAREY

SECRÉTAIRE DE LA RÉDACTION :

M. WEISS

Ingénieur des Ponts et Chaussées
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

---

es. En souscription (*Octobre* 1904). . . . . **70 fr.**



Tome II. Fig. 264

PREMIER. — Mécanique, Actions moléculaires et Chaleur. *me in-8° de 1150 pages, avec 591 figures dans le texte.* **25** fr.

II. — Radiation, Optique. *1 volume in-8° de 1160 pages, avec gures dans le texte* . . . . **25** *fr.*

III. — Électricité, Acoustique . . . . *Sous presse*

Précis d'Histologie

Par M. Mathias DUVAL

Professeur à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de médecine.

Deuxième édition, revue et augmentée

1 volume grand in-8°, avec 427 figures . . . . **18** fr.

Manuel d'Anatomie microscopique et d'Histologie

Par M. P.-E. LAUNOIS

Professeur agrégé, médecin des hôpitaux.

Préface de M. le Pr Mathias DUVAL

Deuxième édition refondue

1 volume avec 261 figures. . . . . **8** fr.

Précis de Microbie

Technique et microbes pathogènes

Par M. le Dr L.-H. THOINOT

Professeur agrégé, médecin des hôpitaux

et E.-J. MASSELIN

Médecin-vétérinaire.

Quatrième édition, entièrement refondue

1 volume, avec figures en noir et en couleurs. . . . . **8** fr.

Précis de Bactériologie clinique

Par le Dr R. WURTZ

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris
Médecin des hôpitaux.

Deuxième édition, revue et augmentée . . . . **6** fr.

Précis de Bactériologie médicale

Par F. BERLIOZ

Professeur à l'Université de Grenoble

Avec une Préface du professeur LANDOUZY

1 volume avec figures . . . . **6** fr.

Traité d'Anatomie Pathologique

GÉNÉRALE

Par R. TRIPIER
Professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon.

1 vol. grand in-8° avec 239 figures en noir et en couleurs. 25 fr.



Fig. 9. — Peau de l'aisselle chez un sujet amaigri et cachectique.

C'est en s'inspirant du désir d'être utile à la fois aux élèves qui doivent nécessairement étudier la médecine et subir les épreuves pratiques, ainsi qu'aux candidats à tous les concours, aux médecins et aux chirurgiens qui ont constamment besoin de s'éclairer des lumières que fournit l'étude des lésions dans les maladies, que M. Tripier a écrit un livre d'anatomie pathologique dans les limites d'un volume assez étendu pour traiter à la fois des questions générales et de toutes les affections particulières habituellement rencontrées, sans se perdre dans des détails infinis.

239 figures, dont un grand nombre en couleurs, exécutées sous la direction de l'auteur, illustrent ce traité et complètent l'exposé des lésions.

Précis d'Anatomie Pathologique

Par M. L. BARD
Professeur à la Faculté de Lyon.

Deuxième édition revue. 1 volume avec 125 figures. . . . . 7 fr. 50

IGE (HENRY) ET **FEINDEL** (E.). — **Les Tics et leur Traitement.** Préface de M. le Professeur BRISSAUD. 1 vol. in-8° de 640 pages . . . . **6** fr.

LLIER. — **Traité expérimental et clinique de la régénération des os** et de la production artificielle du tissu osseux, par le Pr OLLIER, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon. 2 vol. in-8°, avec figures dans le texte et planches en taille-douce. (Grand prix de chirurgie.). **30** fr.

Traité des Résections et des opérations conservatrices que l'on peut pratiquer sur le système osseux, par le Pr L. OLLIER. 3 vol. . . . . **50** fr.

I. *Introduction. — Résections en général.* 1 vol. in-8°, avec 127 fig. **16** fr.
II. *Résections en particulier. Membre supérieur.* 1 vol. in-8°, avec 156 figures . . . . **16** fr.
III. *Résections en particulier. Résections du membre inférieur, tête et tronc.* 1 vol. in-8°, avec 224 figures. . . . . **22** fr.

PANAS. — **Traité des maladies des yeux**, par PH. PANAS, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, membre honoraire et ancien président de la Société de chirurgie. 2 vol. grand in-8°, avec 453 figures et 7 planches en couleurs. Reliés toile . . . . **40** fr.

ETIT (H.). — **Guide thérapeutique des Infirmeries régimentaires**, par le Dr HENRY PETIT, médecin-major de 1re classe. 1 vol. in-12 de 350 p., cartonné toile anglaise . . . . **3** fr. **50**

NCET. — **Traité clinique de l'actinomycose humaine.** *Pseudo-actinomycoses et botryomycose*, par ANTONIN PONCET, professeur à l'Université de Lyon, et LÉON BÉRARD, chef de clinique chirurgicale à l'Université de Lyon. *Ouvrage couronné par l'Académie de médecine et par l'Institut.* 1 vol. in-8°, avec 48 figures dans le texte et 4 planches hors texte en couleurs . . . **12** fr.

RUNIER. — **Les Médicaments chimiques**, par LÉON PRUNIER, membre de l'Académie de médecine, pharmacien en chef des hôpitaux de Paris, professeur à l'École supérieure de pharmacie.

I. *Composés minéraux.* 1 vol. gr. in-8°, avec 137 fig. dans le texte. **15** fr.
II. *Composés organiques.* 1 vol. gr. in-8°, avec 47 fig. dans le texte. **15** fr.

RANVIER. — **Traité technique d'histologie**, 2e éd., entièrement refondue et corrigée, par M. L. RANVIER, membre de l'Institut, professeur au Collège de France. 1 vol. grand in-8° de 880 pages, avec 414 gravures dans le texte et 1 planche en chromo. . . . . **12** fr.

RECLUS. — **L'anesthésie localisée par la cocaïne**, par PAUL RECLUS, professeur à la Faculté de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec. 1 vol. petit in-8° avec 59 figures dans le texte. . . . . **4** fr.

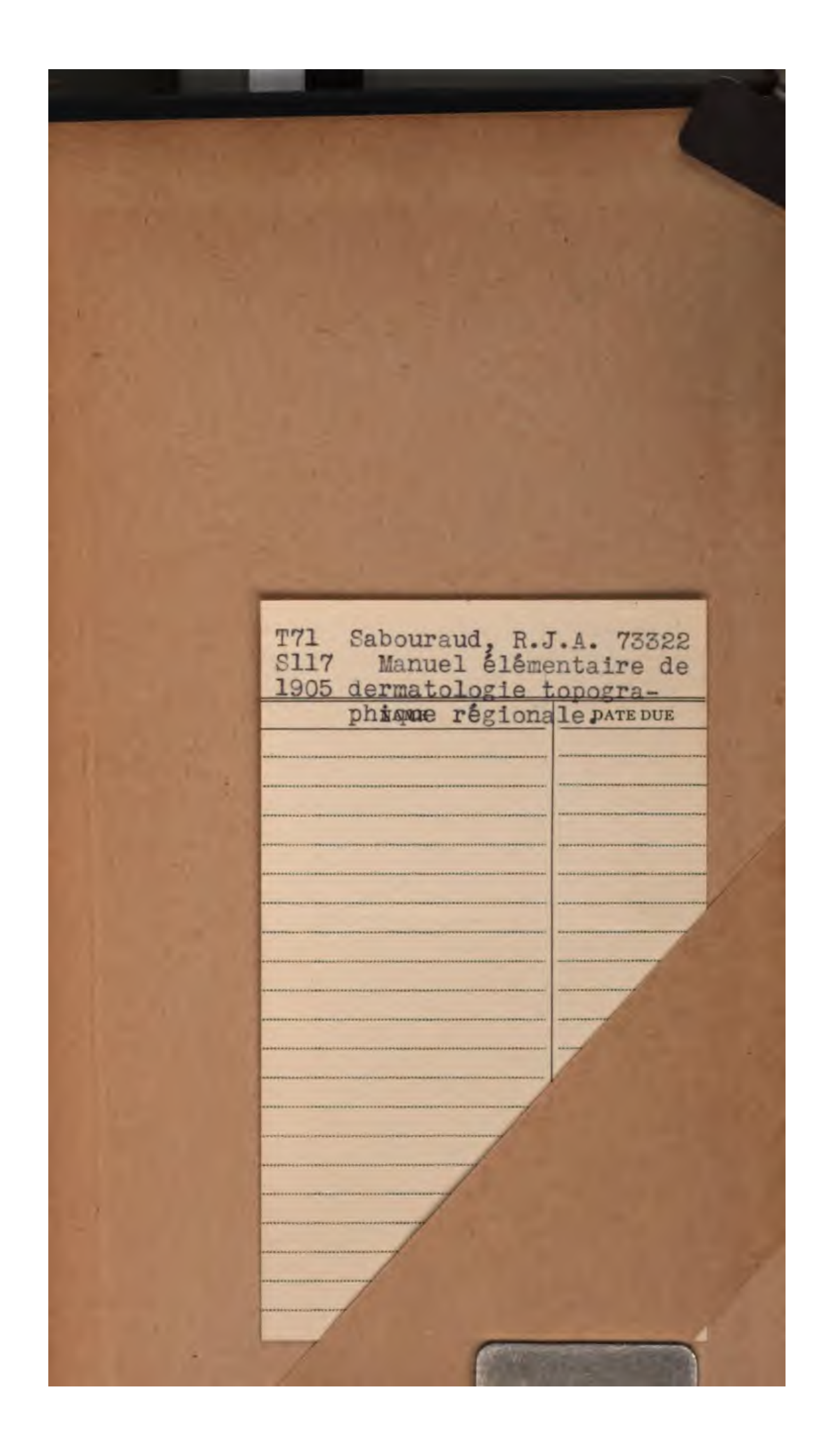
OULIER (H.). — **Traité de Thérapeutique et de Pharmacologie**, par M. H. SOULIER, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, membre correspondant de l'Académie de médecine. **Additionné d'un mémento formulaire des médicaments nouveaux** (1901). *Ouvrage couronné par l'Académie des Sciences et par l'Académie de médecine.* 2 vol. grand in-8°. . . . . **25** fr.

HIBIERGE. — **Syphilis et Déontologie**, par GEORGES THIBIERGE, médecin de l'hôpital Broca. 1 vol. in-8° broché. . . . . **5** fr.

31050. — Imprimerie Lahure, rue de Fleurus, 9, à Paris.






T71 Sabouraud, R.J.A. 73322
S117 Manuel élémentaire de
1905 dermatologie topogra-
phique régionale.
NAME
DATE DUE

